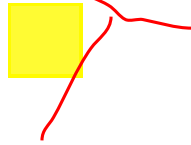


# **De politie en geesteszieken**



*Auteurs:*

*KRISTOF DE PAUW*

*MIKE DANDROY*

*FABIENNE DUCHESNE*

*GEERT MERCHERS*

*LOTTE SMETS*

*KASIA UZIEBLO*

*JANNIE VAN DER SLEEN*

Verantwoordelijke uitgever: Hans Suijkerbuijk, Ragheno Business Park, Motstraat 30,  
B-2800 Mechelen

© 2016 Wolters Kluwer Belgium NV

Behoudens de uitdrukkelijk bij wet bepaalde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden, op welke wijze ook, zonder de uitdrukkelijke voorafgaande en schriftelijke toestemming van de uitgever.

Wettelijk depot: D/2016/2664/265

ISBN: 978-90-46-59213-7

BP/POLGEZI-BI16001

# INHOUD

INLEIDING	9
POLITIE EN GEESTESZIEKEN: ONDUIDELIJKE OMGANGSVORMEN?	15
1. Situering	17
2. Enkele cijfers	18
3. Wanneer is iemand geestesziek en wanneer moet die opgenomen worden?	22
3.1. Wanneer spreken we van een geesteszieke?	22
3.2. Wanneer kan iemand gedwongen opgenomen worden?	25
3.2.1. Algemeen	25
3.2.2. Situatie in België	26
3.2.3. Situatie in Nederland	32
3.2.4. Het Verenigd Koninkrijk	35
4. Scenario's: redenen van contact tussen politie en geesteszieken en de mogelijke rol daarbij van de geesteszieke	35
4.1. Algemeen	35
4.2. Wat zijn mogelijke scenario's?	36
5. Wat versterkt de problematiek?	40
5.1. De-institutionalisering	40
5.2. Criminalisering	42
5.3. Medicalisering	43
5.4. Privatisering	43
6. Hoe kijkt de politie naar de geesteszieke?	43
6.1. Algemeen	44
6.2. Welk beeld heeft men van geesteszieken?	46
7. Wat verwacht men van politie?	49
8. Wat zijn mogelijke politionele reacties?	51
9. Hoe de contacten tussen geesteszieken en de politie verbeteren?	53
9.1. Action learning	54
9.2. Partners	55
9.3. Spoedafdelingen	55
9.4. Liaisonofficieren	56
9.5. Training	56

9.6.	Less-lethal weapons	57
9.7.	Gespecialiseerde teams	57
9.8.	Voldoende opvang	62
9.9.	Situatie in België en Nederland	62
9.10.	Rol van de chef	64
10.	Enkele knelpunten uit de praktijk	64
10.1.	Vervoer	66
10.2.	Het eerste gesprek met een geesteszieke en het afnemen van een verhoor	68
10.3.	Gebruik van geweld	70
10.4.	Gedwongen behandeling	70
10.5.	Beleid rond strafbare feiten en het omgaan met vertrouwelijke informatie	73
10.6.	Agressie en geweld tegen hulpverleners	73
11.	Aanbevelingen en verwachte successen	75
11.1.	Cultuur en krijtlijnen van de eigen organisatie	75
11.2.	Duidelijke doelomschrijving	76
11.3.	Samenwerking en partnerschap	77
11.4.	Persoonlijkheidskenmerken van de politieambtenaar	78
11.5.	Opleiding	78
11.6.	Gespecialiseerde dienst	80
11.7.	Vermijden van geweld	82
11.8.	Informatiedeling	82
11.9.	Registratie	83
11.10.	Verkorten van doorlooptijden	84
11.11.	Ontwikkeling van een politieel draaiboek en interventiefiches	84
11.12.	Initiatieven vanuit de zorgsector	84
11.13.	Informatiebrochure	86
11.14.	Overtuiging politiemensen	86
11.15.	Meer algemene aanbevelingen	86
12.	Besluit	87
13.	Bijlagen	89
14.	Bibliografie	92
KWETSBARE VERDACHTEN		103
1.	Inleiding	103
2.	Psychische kwetsbaarheid: what's in a name?	105
3.	Suggestibiliteit en meegaandheid	106
3.1.	Suggestie en suggestibiliteit	106
3.1.1.	Suggestie en suggestibiliteit: een definiëring	107
3.1.2.	Wie is suggestibel?	108

3.2. Meegaandheid	110
3.2.1. Meegaandheid: een definiëring	111
3.2.2. Wie is meegaand?	112
4. Psychische problemen en psychiatrische stoornissen bij verdachten	113
5. Kwetsbare verdachten in de verhoorkamer	115
6. Literatuur	117
HET HOREN VAN KWETSBARE VERDACHTEN	123
1. Taal	125
2. De introductiefase van het verhoor	126
3. Verhoor over het strafbare feit	131
4. Afsluiting van het verhoor	136
5. Besluit	136
6. Literatuur	136
IN DIALOOG MET EEN PSYCHOPAAT	139
1. Introductie	140
2. Psychopathie: een wetenschappelijke omkadering	141
2.1. Achter het masker van de psychopaat	141
2.2. What's in the name?	145
2.3. Het voorkomen van psychopathie	146
2.4. Psychopathie en criminaliteit	147
3. In de verhoorkamer	149
3.1. Het masker van de psychopaat ontleed	150
3.2. Omgaan met manipulatie in de communicatie	153
3.2.1. Van superman tot 'gewoon' professional	154
3.2.2. Responsabiliserend werken: werken met het voordeel van de psychopaat	156
3.2.3. Vooringenomenheid in de communicatie	157
3.3. Eigen aandeel in de communicatie	159
3.3.1. Effect vooringenomenheid	159
3.3.2. Vraag en antwoord	160
3.3.3. Effectieve tools in de communicatie	161
4. Besluit: de uitdaging in het verhoor van psychopaten	163
5. Referenties	165
VERMIST@HEKLA	171
1. Wat is dementie?	172
1.1. Inleiding	172
1.2. Ziekte van alzheimer	172

2. Problematiek in België	173
2.1. Cijfers	173
2.2. Opvang/verzorging	174
3. Verdwijningen en dementieproblematiek	174
4. Aanpak in politiezone HEKLA	175
4.1. Opstart vermist@HEKLA	175
4.2. Pijnpunten	175
4.2.1. Wat wordt gedefinieerd als een onrustwekkende verdwijning?	176
4.2.2. Vindplaats	176
4.2.3. Dossierbeheerder verdwijningen	177
4.2.4. Infofiche persoon met dementie	177
4.3. Pz HEKLA	178
4.3.1. Dossierbeheerders verdwijningen	178
4.3.2. Vermist@hekla	178
4.3.3. Projectbegeleider Vermist	179
4.3.4. Verhoor	179
4.3.5. Rol parket	179
4.4. Wettelijke basis	180
4.5. Praktijkvoorbeelden	181
5. Pro vs. contra	182
5.1. Pro	182
5.2. Contra	183
6. Vermist in andere politiezones	183
7. Vermist in de prijzen	184
8. Vermist in cijfers	184

HET <del>OM</del> ALS 'EHBO-DIENST' BINNEN DE WET OP DE GEESTESZIEKE	187
1. Inleiding	188
2. Is een gedwongen opname zinvol?	189
3. De procedure in de praktijk	190
4. Minderjarigen en collocatie	191
5. Politionele tussenkomst in de psychiatrische instellingen	192

DE ROL VAN DE VREDERECHTER BIJ DE GEDWONGEN OPNAME	195
1. Inleiding	196
2. Ontstaansgeschiedenis van de wet van 26 juni 1990	197
3. Toepassingsvoorwaarden van de wet	197
3.1. De voorwaarde 'ernstige geestesziekte'	198

3.1.1. Omstandig geneeskundig verslag	198
3.1.2. Geen definitie in de wet	200
3.2. De voorwaarde 'gevaartoestand'	201
3.3. De voorwaarde 'geen andere geschikte behandeling'	202
4. Beschermingsmaatregelen voorzien in de WPG	202
4.1. De opname ter observatie	203
4.2. De maatregel tot verder verblijf	204
4.3. De verpleging in een gezin	205
4.4. De nazorg	205
4.5. De overbrenging naar een andere psychiatrische dienst	206
5. Procedurele aspecten	207
5.1. De opname ter observatie	207
5.1.1. De procedure bij dringendheid	207
5.1.2. De gewone procedure	214
5.2. De maatregel van verder verblijf	216
6. De rol van de vrederechter	217





# INLEIDING

## Crisissituaties met geesteszieke personen: hoe aanpakken?

Kristof DE PAUW

Hoofdofficier van de federale politie

Een groot deel van het politiewerk heeft direct of indirect te maken met burgers die verslaafd zijn, psychiatrische problemen hebben of zelfs combinaties van meerdere problemen hebben.<sup>1</sup> Interventies met vermoede geesteszieke, emotioneel uit evenwicht zijnde of verwarde personen vormen dan ook **een grote uitdaging** voor het huidige en toekomstige politiewerk.<sup>2</sup> Door de toenemende **vermaatschappelijking** van zowel **politie** als **zorg**, komt de politie immers steeds vaker in contact met mensen die in een crisissituatie verkeren en daarbij overlast veroorzaken.<sup>3</sup> Maar vermoede geesteszieke personen kunnen in de verschillende scenario's van een politiecontact ook andere **rollen** hebben dan die van dader; ze kunnen ook slachtoffer, vermist persoon, klager, enz. zijn.<sup>4</sup>

We weten dat **één op vier Europeanen** op een bepaald moment in zijn leven met één of meerdere mentale stoornissen geconfronteerd wordt<sup>5</sup> en dat er sprake is van een prevalentie van 11 % van de EU-bevolking die op jaarbasis

- 1 H. SLUIPEN, Ketensamenwerking met zorginstellingen – een informatiebrochure voor politiemensen in de regio Utrecht, juli 2009, [www.politiegedrag.nl/Informatiebrochure.pdf](http://www.politiegedrag.nl/Informatiebrochure.pdf), 3.
- 2 G. CORDNER, *People with Mental Illness*, US Department of Justice – Office of Community Oriented Policing Services, Problem-Oriented Guides for Police, Problem-Specific Guides Series, nr. 40, <http://cops.usdoj.gov/Publications/e04062003.pdf>, 1; G. CORDNER, *The Problem with People with Mental Illness*, [www.popcenter.org/problems/mental\\_illness/](http://www.popcenter.org/problems/mental_illness/).
- 3 T. JOCHOMS en M. PUTMAN, “Stakkers of rakkers?: Kerntaken van de politie met betrekking tot crisisopvang van mensen in psychosociale en/of psychische nood”, [www.websitevoordepolitie.nl/archief/stakkers-of-rakkers-kerntaken-van-de-politie-met-betrekking-tot-crisisopvang-van-mensen-in-psychosociale-en-of-psychische-nood-154.html](http://www.websitevoordepolitie.nl/archief/stakkers-of-rakkers-kerntaken-van-de-politie-met-betrekking-tot-crisisopvang-van-mensen-in-psychosociale-en-of-psychische-nood-154.html), 1; P. BATHER, R. FITZPATRICK en M. RUTHERFORD, *Briefing 36: The police and mental health*, Sainsbury Centre for mental health 2008, [www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/briefing36\\_police\\_and\\_mental\\_health.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/briefing36_police_and_mental_health.pdf), 2.
- 4 G. CORDNER, *The Problem with People with Mental Illness*, [www.popcenter.org/problems/mental\\_illness/](http://www.popcenter.org/problems/mental_illness/).
- 5 [www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health](http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health).

---

met een mentale stoornis leeft.<sup>6</sup> Verder krijgen in Europa één op vijftien mensen elk jaar te maken met een depressie. Ook het aantal mensen dat jaarlijks gedwongen opgenomen wordt, is nog steeds fenomenaal. Uit recent onderzoek blijkt dat het **aantal gedwongen opnames in Vlaanderen** de laatste jaren zelfs **met 16 % is gestegen**.<sup>7</sup> Elk jaar worden in België meer dan 4 000 personen gedwongen opgenomen in een psychiatrische instelling, wat ongeveer 5 % van het totaal aantal psychiatrische opnames vertegenwoordigt. In 75 tot 80 % van die gedwongen opnames wordt de spoedeisende procedure toegepast.<sup>8,9</sup>

DE FRUYT verwijst naar epidemiologisch onderzoek waaruit blijkt dat geesteszieken zich in meer dan de helft van alle gevallen op eigen initiatief in een psychiatrische ongevallendienst aanbieden. Een kwart komt er terecht via de huisarts en **ongeveer 7 % via de politie**.<sup>10</sup>

BISSELINCK en BRAAM citeren dan weer **Nederlands onderzoek** waaruit naar voren komt dat 21 tot 27 % van de verwijzingen naar een crisisdienst via de politie verloopt.<sup>11</sup>

Politiemensen stellen zich dikwijls (terecht?) vragen over hun rol in het omgaan met geesteszieke personen. Die vraagstelling kan ingegeven worden door de afweging of de politie op zich wel de meest geschikte eerstelijnsdienst is

---

6 DIRECTORATE-GENERAL FOR HEALTH AND CONSUMERS, *Mental Health in the EU – Key Facts, Figures, and Activities – A background paper provided by the SUPPORT-project*, 2008, [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/background\\_paper\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/background_paper_en.pdf), 9.

7 J. VANDENBERGHE, K. SCHOEVAERTS, R. BRUFFAERTS en K. VAN LANDEGHEM, *Gedwongen opname in Vlaanderen anno 2012*, KULeuven, [http://2012.ggzcongres.be/media/docs/ggzcongres/2012/ggzcongres2012\\_s34.1\\_schoevaerts.pdf](http://2012.ggzcongres.be/media/docs/ggzcongres/2012/ggzcongres2012_s34.1_schoevaerts.pdf).

8 J. VANDENBERGHE, “Het overlijden van Jonathan J. had voorkomen kunnen worden”, *De Morgen* 23 februari 2013, [www.demorgen.be/dm/nl/2461/Opinie/article/detail/1584705/2013/02/23/Het-overlijden-van-Jonathan-J-had-voorkomen-kunnen-worden.dhtml](http://www.demorgen.be/dm/nl/2461/Opinie/article/detail/1584705/2013/02/23/Het-overlijden-van-Jonathan-J-had-voorkomen-kunnen-worden.dhtml); ZORGINSPECTIE, *Jaarverslag 2011 – Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen*, [www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/publicaties/Documents/Jaarverslag%202011.pdf](http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/publicaties/Documents/Jaarverslag%202011.pdf), 7; J. VANDENBERGHE, K. SCHOEVAERTS, R. BRUFFAERTS en K. VAN LANDEGHEM, *Gedwongen opname in Vlaanderen anno 2012*, KULeuven, [http://2012.ggzcongres.be/media/docs/ggzcongres/2012/ggzcongres2012\\_s34.1\\_schoevaerts.pdf](http://2012.ggzcongres.be/media/docs/ggzcongres/2012/ggzcongres2012_s34.1_schoevaerts.pdf).

9 Uit een antwoord van minister van Justitie Turtelboom op een vraag van senator Anciaux blijkt dat Justitie zelf geen statistieken bijhoudt over het aantal door het parket bevolen opnames ter observatie, noch over de bevestigingen ervan door de vrederechter. Zie: *Hand. Senaat* 8 mei 2013, [www.senate.be/www/?MItypeObj=application/pdf&MIcolObj=pdf&MIvalObj=83889860](http://www.senate.be/www/?MItypeObj=application/pdf&MIcolObj=pdf&MIvalObj=83889860).

10 J. DE FRUYT, “Urgentiepsychiatrie: zoekend naar een eigen plaats, woordenschat en middelen”, [www.paaz.be/public/LezingTeksten004.php](http://www.paaz.be/public/LezingTeksten004.php).

11 E. BISSELING en A. BRAAM, *l.c.*, 687.

om geesteszieke personen op te vangen die geen misdrijf hebben gepleegd. De politie-interventies in crisissituaties met geesteszieke personen zijn bovendien zeer *tijdrovend* en het wordt nog problematischer wanneer de *doorstroming naar de geestelijke gezondheidszorg* (GGZ hierna genoemd) *te wensen overlaat*.<sup>12</sup>

In crisissituaties met geesteszieke personen bevindt de *politie* zich *vaak ook op een kruispunt met twee richtingen*: ofwel komt de persoon in de justitiële keten terecht, ofwel wordt een poging ondernomen om het pad van de geestelijke gezondheidszorg te bewandelen.<sup>13</sup> Naast de uitkomst die de politie in dergelijke crisissituaties nastreeft, dient uiteraard ook rekening te worden gehouden met de intenties die de geesteszieke persoon zelf heeft. Een extreem gegeven is de *suicide by cop* die door HUDSON omschreven wordt als “a term used by law enforcement to describe an incident in which a suicidal individual intentionally engages in life-threatening and criminal behaviour with a lethal weapon or what appears to be a lethal weapon toward law enforcement officers or civilians to specifically provoke officers to shoot the individual in self-defence or to protect civilians”.<sup>14</sup>

Het zal duidelijk zijn dat het werkingskader voor het dagelijks politieel omgaan met vermoede geesteszieke personen in crisissituaties niet altijd even helder is. De politie kan de gevaarscriteria bij crisissituaties met geesteszieke personen dikwijls onvoldoende beoordelen en besluit daarom in veel gevallen om de persoon over te brengen naar het politiebureau. Gedurende het verder doorlopen van de ganse procedure heeft de politie verder een toezichthoudende taak en verleent daarbij ook meerdere hand- en spandiensten zoals zorg voor afsluiten van de woning, opvang van dieren, begeleiden familie, vervoer naar de instelling, enz.<sup>15</sup> Vele van deze (vaak oneigenlijke) politietaken bevinden zich in een grijze zone wat betreft wettelijkheid. Zo is er opvallend weinig geschreven omtrent dwang in het voortraject waarbij de politie bijvoorbeeld een geestesziek persoon geboeid in de cel opsluit of geboeid overbrengt naar een zorginstelling.

12 E. BISSELING en A. BRAAM, “Tijdslimieten in de samenwerking tussen politie en crisisdienst: een praktijkevaluatie in Utrecht”, *Tijdschrift voor de psychiatrie* 2009, 51, [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/416/articles/2858](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/416/articles/2858), 687.

13 A. TUCKER, V. VAN HASSELT en S. RUSSELL, *Law Enforcement Response to the Mentally Ill: An Evaluative Review*, Brief Treatment and Crisis Intervention 2008, <http://btci.edina.clockss.org/cgi/content/full/8/3/236/>, 236.

14 *Ibid.*, 237.

15 *Ibid.*, 6.

---

Er wordt ook soms beweerd dat politiemensen *onvoldoende competenties* (kennis, vaardigheden en attitudes) hebben ten aanzien van omgaan met geesteszieken.<sup>16</sup> Het *doel van deze bijdrage* is daarom onder meer politiemensen een aantal handvaten aan te reiken om (nog meer) verantwoord om te gaan met afwijkend gedrag. Indirect kan zo bijgedragen worden aan het op gang brengen van een gepaste hulpverlening aan deze personen.

In deze politiegids willen we vooral de *complexiteit van de problematiek rond omgaan met geesteszieken wat nader bekijken*. We vertrekken daarbij vanuit onze overtuiging dat het leveren van politiewerk een sociale dienstverlening<sup>17</sup> is en dat politiemensen die dienstverlening steeds willen optimaliseren. Aan verschillende auteurs werd gevraagd om vanuit hun werkveld het omgaan met geesteszieken in crisissituaties te omschrijven. Naast een algemene omschrijving werd aandacht gevraagd voor de wettelijke context, de ervaren knelpunten, de praktijkantwoorden en goede praktijken. Uiteraard werd gevraagd om ook voorstellen te formuleren die de ganse veiligheids- en zorgketen kunnen versterken.

Naast de inleiding zijn zeven bijdragen opgenomen. Kristof DE PAUW steekt van wal met een bijdrage omtrent het politieel omgaan met geesteszieke personen. De problematiek van het vervoer, de informatie-uitwisseling, het (gebrek) aan partnerschap, de mogelijkheid van multidisciplinaire teams en het wettelijk kader voor de politieel gedraglijnen komen daarbij onder meer aan bod.

Een tweede bijdrage is van de hand van Kasia UZIEBLO en schetst de 'kwetsbare verdachten'. Ze geeft hiermee aan dat sommige verdachten door bepaalde psychische problemen of stoornissen de vragen (van o.m. politiemensen) moeilijk kunnen vatten, de implicaties van eigen antwoorden nauwelijks kunnen inschatten en meer misleidende of ongunstige antwoorden geven. Politieverhoorders kunnen dus maar best tijdig en juist deze 'kwetsbaarheid' identificeren, willen ze kans hebben op waarheidsgetrouwe antwoorden. Kasia brengt inzichten in wat deze kwetsbaarheden bij verdachten concreet

---

16 A. WATSON, P. CORRIGAN en V. OTTATI, "Police Responses to Persons With Mental Illness: Does the label Matter?", *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 32, nr. 4, [www.jaapl.org/content/32/4/378.full.pdf](http://www.jaapl.org/content/32/4/378.full.pdf), 379; A. WATSON, M. SCHAEFER MORABITO, J. DRAINE, en V. OTTATI, "Improving police responses to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT", *International Journal of Law and Psychiatry* 2008, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655327/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655327/), 360.

17 T. COLEMAN en D. COTTON, *Police Interactions with Persons with a Mental Illness: Police Learning in the Environment of Contemporary Policing*, mei 2010, [www.mentalhealthcommission.ca/English/document/431/police-interactions-persons-mental-illness-police-learning-environment-contemporary-pol](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/431/police-interactions-persons-mental-illness-police-learning-environment-contemporary-pol), 8.

inhouden, wat de mogelijke gevolgen hiervan zijn voor het politieverhoor en pleit daarbij ook voor een bredere aanvaarding van die 'kwetsbaarheid' in de Belgische praktijk. Ze wijst er tenslotte op dat de identificatie van kwetsbaarheid niet alleen een 'verantwoordelijkheid' is van de politieverhoorder, maar ook van de advocatuur.

Ook Jannie VAN DER SLEEN heeft voor deze gids een bijdrage aangeleverd over het 'horen van kwetsbare verdachten'. De lezer zal er een reeks praktische adviezen terugvinden om het politieverhoor aan te passen aan het soort kwetsbaarheid: mentale handicap, geestesziekte, enz. De rode draad doorheen het artikel is dat verhoren maatwerk is en aanpassing en flexibiliteit vereist van de verhoorder. Per verdachte zou de verhoorder moeten onderzoeken wat de verdachte nodig heeft om een zo volledig en accuraat mogelijke verklaring af te leggen én om een inaccuraatte verklaring te voorkomen.

'In dialoog met een psychopaat' is de vierde bijdrage in deze Politiegids. Kasia UZIEBLO en Lotte SMETS laten de lezer eerst kennismaken met een meer genuanceerde wetenschappelijke visie op psychopathie en staan vervolgens uitgebreid stil bij de wijze waarop zowel de verhoorder als de aanwezigheid van manipulatieve, psychopathische trekken bij de verdachte het verhoorproces kunnen beïnvloeden. Ook hier worden tools en handvaten aangereikt. Met de vijfde bijdrage krijgen we opnieuw een politieman aan het (geschreven) woord. Mike DANDOY brengt verslag van een project dat 'Vermist@hekla' wordt genoemd. Het project wil een antwoord geven op onrustwekkende verdwijningen van personen met dementie, dwalende personen en minderjarigen. Deze goede praktijk is intussen overgenomen door andere politiezones en kreeg een Europese erkenning met de European Foundations Initiative on Dementia. Geert MERCHIERS brengt ons in de voorlaatste bijdrage een beeld van het Openbaar Ministerie als 'EHBO-dienst' binnen de Wet op de Geesteszieke. Hij verduidelijkt dat het Openbaar Ministerie in de praktijk in een rol 'geduwd' wordt die duidelijk uitzondering zou moeten zijn en enkel te verantwoorden is in gevallen waar het tijdsverloop voor gevolg zou hebben dat er een levensbedreigende situatie ontstaat, hetzij voor de persoon in kwestie, hetzij voor derden. Naast een beschrijving van de procedure in de praktijk, gaat de auteur dieper in op de 'collocatie' van minderjarigen en de politionele tussenkomst in psychiatrische instellingen. Deze politiegids wordt afgesloten met een bijdrage van Fabienne DUCHESNE, vrederechter te Leuven. Zij maakt duidelijk dat de vrederechter een cruciale rol heeft bij een gedwongen opname en ze doet dit aan de hand van een heldere omschrijving van de verschillende stappen en beslissingen die daarbij genomen worden.

---

Crisissituaties met vermoede geesteszieke personen zijn ingrijpende gebeurtenissen; niet alleen voor de geesteszieke zelf, maar ook voor de politieambtenaren en andere professionals in de veiligheids- en hulpverleningsketen. Er is daarbij maar één doel: de (vermoede) geesteszieke gepast (op weg) helpen. Hopelijk vindt de lezer-praktijkmens in deze bijdrage enkele handvaten om hier in de toekomst nog beter mee te kunnen omgaan.

# **POLITIE EN GEESTESZIEKEN: ONDUIDELIJKE ONGANGSVORMEN?**

Kristof DE PAUW

Hoofdofficier bij de federale politie

---

1. Situering	17
2. Enkele cijfers	18
3. Wanneer is iemand geestesziek en wanneer moet die opgenomen worden?	22
3.1. Wanneer spreken we van een geesteszieke?	22
3.2. Wanneer kan iemand gedwongen opgenomen worden?	25
3.2.1. Algemeen	25
3.2.2. Situatie in België	26
3.2.3. Situatie in Nederland	32
3.2.4. Het Verenigd Koninkrijk	35
4. Scenario's: redenen van contact tussen politie en geesteszieken en de mogelijke rol daarbij van de geesteszieke	35
4.1. Algemeen	35
4.2. Wat zijn mogelijke scenario's?	36
5. Wat versterkt de problematiek?	40
5.1. De-institutionalisering	40
5.2. Criminalisering	42
5.3. Medicalisering	43
5.4. Privatisering	43
6. Hoe kijkt de politie naar de geesteszieke?	43
6.1. Algemeen	44
6.2. Welk beeld heeft men van geesteszieken?	46
7. Wat verwacht men van politie?	49
8. Wat zijn mogelijke politionele reacties?	51
9. Hoe de contacten tussen geesteszieken en de politie verbeteren?	53
9.1. Action learning	54
9.2. Partners	55
9.3. Spoedafdelingen	55
9.4. Liaisonofficieren	56
9.5. Training	56

---

9.6.	Less-lethal weapons	57
9.7.	Gespecialiseerde teams	57
9.8.	Voldoende opvang	62
9.9.	Situatie in België en Nederland	62
9.10.	Rol van de chef	64
10.	Enkele knelpunten uit de praktijk	64
10.1.	Vervoer	66
10.2.	Het eerste gesprek met een geesteszieke en het afnemen van een verhoor	68
10.3.	Gebruik van geweld	70
10.4.	Gedwongen behandeling	70
10.5.	Beleid rond strafbare feiten en het omgaan met vertrouwelijke informatie	73
10.6.	Agressie en geweld tegen hulpverleners	73
11.	Aanbevelingen en verwachte successen	75
11.1.	Cultuur en krijtlijnen van de eigen organisatie	75
11.2.	Duidelijke doelomschrijving	76
11.3.	Samenwerking en partnerschap	77
11.4.	Persoonlijkheidskenmerken van de politieambtenaar	78
11.5.	Opleiding	78
11.6.	Gespecialiseerde dienst	80
11.7.	Vermijden van geweld	82
11.8.	Informatiedeling	82
11.9.	Registratie	83
11.10.	Verkorten van doorlooptijden	84
11.11.	Ontwikkeling van een politieel draaiboek en interventiefiches	84
11.12.	Initiatieven vanuit de zorgsector	84
11.13.	Informatiebrochure	86
11.14.	Overtuiging politiemensen	86
11.15.	Meer algemene aanbevelingen	86
12.	Besluit	87
13.	Bijlagen	89
14.	Bibliografie	92

---



## 1. SITUERING

Het huidige financiële beleidskader van de overheden dwingt de politie om zich steeds meer op haar kerntaken te richten. Dat geldt ook voor de positionering van de politie in de crisisopvang van geesteszieken. Door de toenemende vermaatschappelijking van zowel politie als zorg komt de politie steeds vaker in contact met mensen die in een crisissituatie verkeren en daarbij overlast veroorzaken (JOCHOMS en PUTMAN, s.d., 1; BATHER, FITZPATRICK en RUTHERFORD, 2008, 2). Een groot deel van het politiewerk heeft direct of indirect te maken met burgers die verslaafd zijn, psychiatrische problemen hebben of zelfs combinaties van een aantal problemen hebben (SLIJPEN, 2009, 3).

Interventies met geesteszieke, emotioneel uit evenwicht zijnde of verwarde personen vormen dan ook een grote uitdaging voor het huidige en toekomstige politiewerk (CORDNER, *People ...*, 1; CORDNER, *The Problem ...*)! En de beleidsantwoorden op die uitdaging zijn niet eenvoudig. Dat bleek onlangs nog uit de lange tijd die de minister van Binnenlandse Zaken nodig heeft om op een schriftelijke vraag in dit verband te antwoorden ...<sup>1</sup>

Politiemensen stellen zich dikwijls (terecht?) vragen over hun rol in het omgaan met geesteszieke personen. Die vraagstelling kan ingegeven worden door de afweging of de politie op zich wel de meest geschikte eerstelijnsdienst is om geesteszieke personen op te vangen die geen misdrijf hebben gepleegd. De politie-interventies in crisissituaties met geesteszieke personen zijn bovendien zeer tijdrovend en het wordt nog problematischer wanneer de doorstroming naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ hierna genoemd) te wensen overlaat (BISELING en BRAAM, 2009, 687).

Er wordt ook soms beweerd dat politiemensen onvoldoende competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) hebben ten aanzien van omgaan met geesteszieken (WATSON *e.a.*, s.d., 379; WATSON *e.a.*, 2008, 360). Het doel van deze bijdrage is daarom onder meer politiemensen een aantal handvatten aan te reiken om (nog meer) verantwoord om te gaan met afwijkend gedrag. Indirect kan zo bijgedragen worden aan het op gang brengen van een gepaste hulpverlening aan deze personen.

In deze bijdrage willen we de complexiteit van de relatie tussen de politie en de geesteszieke wat nader bekijken. We vertrekken daarbij vanuit onze overtuiging

---

1 Vr. nr. 5 B. ANCIAUX 24 augustus 2012, 6897.

---

dat het leveren van politiewerk een sociale dienstverlening is (COLEMAN en COTTON, 2010, 8) en dat politiemensen die dienstverlening steeds willen optimaliseren. Na het schetsen van de omvang van de problematiek aan de hand van een reeks cijfers in punt 2, proberen we in punt 3 een definiëring te geven van een geestesziek persoon en verduidelijken we ook de criteria voor een opname. Vervolgens beschrijven we een reeks scenario's of redenen van contact tussen politie en geesteszieken. In punt 5 wordt dieper ingegaan op de versterkende factoren en in punt 6 geven we het beeld van de politie omtrent het omgaan met geesteszieken. De verwachtingen naar de politie en de mogelijke politionele reacties komen respectievelijk in punt 7 en 8 aan bod. Een volgend punt bespreekt een aantal initiatieven om de contacten tussen geesteszieken en de politie te verbeteren. Punt 10 bestaat uit een opsomming van enkele praktijkpunten die in punt 11 beantwoord worden met een reeks aanbevelingen. Punt 12 is het besluit.

De lezer zal van dit artikel hopelijk niet verwachten dat er kant-en-klare gedragslijnen voor politioneel omgaan met geesteszieken geformuleerd worden. We hebben ze in elk geval niet. Er blijven ons na het schrijven van dit artikel vooral veel vragen, maar door die expliciet te formuleren, hopen we een klein beetje mee te werken aan een discussie die wel tot oplossingen kan leiden.

## **2. ENKELE CIJFERS**

Een op de vier Europeanen wordt op een bepaald moment in zijn leven met een of meer mentale stoornissen geconfronteerd.<sup>2</sup> Een publicatie van het Europese Directorate-General for Health and Consumers (2008, 9) spreekt over een prevalentie van 11 % van de EU-bevolking die op jaarbasis met een mentale stoornis leeft. Verder krijgen in Europa een op de vijftien mensen elk jaar te maken met een depressie. Ongeveer 10 % van de wereldbevolking leeft met een beperking (DE GROOF *e.a.*, 2010, 9) en volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is er sprake van een tol van 83 miljoen mensen die tijdens hun leven aan een mentale stoornis lijden.<sup>3</sup>

Het aantal mensen dat jaarlijks gedwongen opgenomen wordt, is nog steeds fenomenaal. Uit recent onderzoek blijkt dat het aantal gedwongen opnames in Vlaanderen de laatste jaren zelfs met 16 % is gestegen (VANDENBERGHE

---

2 [www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mentalhealth/mental-health](http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mentalhealth/mental-health).

3 [www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mentalhealth/data-and-statistics](http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mentalhealth/data-and-statistics).

*e.a.*, 2012). Elk jaar worden in België meer dan 4000 personen gedwongen opgenomen in een psychiatrische instelling, wat ongeveer 5 % van het totale aantal psychiatrische opnames vertegenwoordigt. In 75 tot 80 % van die gedwongen opnames wordt de spoedeisende procedure toegepast (ZORGINSPECTIE, 2011, 7; VANDENBERGHE *e.a.*, 2012; VANDENBERGHE, 2013).<sup>4</sup> Wanneer we de psychiatrische diagnoses van die gedwongen opnames bekijken, dan komen vooral psychotische stoornissen voor (40,5 %) en verder ook verslavingsproblematiek (22 %), stemmingsstoornissen (13 %), persoonlijkheidsstoornissen (4,6 %) en acute aanpassingsstoornissen (3,8 %) (RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK, 2003, 14; ZORGNET VLAANDEREN, *s.d.*; ZORGINSPECTIE, 2011, 25).

We zien verder dat bij ongeveer de helft van de gedwongen opnames een verlenging aangevraagd wordt en dat die ook in 90 % van de gevallen toegekend wordt door de vrederechter. Ook is er voor bijna de helft van de gedwongen opgenomen patiënten nog een wederopname tijdens de nabehandelingsperiode (RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK, 2003, 15).

BRUFFAERTS *e.a.* (2008, 35) stelden dat een belangrijk deel van de 13 000 unieke personen die zich op jaarbasis bij psychiatrische spoedafdelingen aanmelden, draaideurpatiënten zijn. Dat zijn patiënten die zich steeds weer opnieuw aanmelden; Belgisch onderzoek spreekt over een gemiddelde frequentie van 2,6 aanmeldingen per persoon op een totaal van 34 000 aanmeldingen.

DE FRUYT (*s.d.*) verwijst naar epidemiologisch onderzoek waaruit blijkt dat geesteszieken zich in meer dan de helft van alle gevallen op eigen initiatief in een psychiatrische ongevallendienst aanbieden. Een kwart komt er terecht via de huisarts en ongeveer 7 % via de politie.

BISSELINCK en BRAAM (2009, 687) citeren Nederlands onderzoek waaruit naar voren komt dat 21 tot 27 % van de verwijzingen naar een crisisdienst via de politie verloopt. SLIJPEN (2009, 3) stelt dan weer dat 72 % van alle veelplegers in Nederland een GGZ-achtergrond heeft en bij notoire overlastplegers bedraagt dat zelfs 92 %.

4 Uit een antwoord van minister van Justitie Turtelboom op een vraag van senator Anciaux blijkt dat Justitie zelf geen statistieken bijhoudt over het aantal door het parket bevolen opnames ter observatie, noch over de bevestigingen ervan door de vrederechter. Zie: *Hand. Senaat* 8 mei 2013, [www.senate.be/www/?MItabObj=pdf&MicolObj=pdf&MInamObj=pdf&MItypeObj=application/pdf&MivalObj=83889860](http://www.senate.be/www/?MItabObj=pdf&MicolObj=pdf&MInamObj=pdf&MItypeObj=application/pdf&MivalObj=83889860).

---

In ander Nederlands onderzoek komt naar voren dat 20 % van de contacten van de politie bestaat uit contact met een persoon met een psychische problematiek (SLIJPEN, 2009, 3). Het merendeel van die contacten komt bovendien voor in crisissituaties en met de politie vaak als eerste tussenkomende zorgverlener (POUWELS en VAN GELDER, *s.d.*, 1). De reden voor een politiebemoeienis is vaak een poging of dreiging tot suïcide, geweldpleging in het gezin, verwardheid op straat of in het openbaar onder invloed zijn (X, 2011, 1793-1794).

Studies in de Verenigde Staten stellen dat 5 % van de totale bevolking aan een psychische stoornis lijdt (RUIZ *e.a.*, 2005, 1). Vanuit economisch standpunt betekent dat een kostprijs van ongeveer 80 miljard dollar (KNOWLES, *s.d.*, 5). 30 % van de geesteszieke personen zou ook een verslavingsproblematiek hebben (WOOD *e.a.*, 2011, 1).

Ongeveer 7 % tot 10 % van alle politietussenkomsten betreffen crisissituaties met geesteszieke personen en uit sommige onderzoeken blijkt zelfs dat 92 % van de eerstelijns politiemensen de afgelopen maand een interventie hadden met een geestesziek persoon (CORDNER, *People ...*, 1; X, *...Issues and Trajectories*; X, 2010, 6; SCHAEFER MORABITO, 2007, 1582; WATSON *e.a.*, 2008, 360; CORDNER, *The Problem ...*; KNOWLES, *s.d.*, 11 en 44). Het aantal gedetineerden met een geestesstoornis zou tussen 15 en 40 % liggen ... (ADELMAN, 2003, 7). Alleen al in New York werden eind jaren negentig meer dan 64 000 politieoproepers geïdentificeerd als 'emotionally disturbed persons' wat overeenkwam met 175 oproepen per dag (FISCHMAN *e.a.*, *s.d.*, 4).

Canadese onderzoekers kwamen tot de conclusie dat bepaalde politiekorpsen 6 % van hun capaciteit besteden aan omgaan met geesteszieke personen en het ging in 40 % van die gevallen om kleinere misdrijven of overlastvormen (zoals geluidsoverlast) (COTTON en COLEMAN, 2010, 7).

In Australisch onderzoek vinden we terug dat meer dan 10 % van de politietijd besteed wordt aan contacten met geesteszieke personen en een op de vier politiemensen heeft minstens eenmaal per week een interventie met een geestesziek persoon (X, *...Issues and Trajectories*; BONIGHTON, 2012, 7).

Ander onderzoek in Canada maakt duidelijk dat politiemensen te veel tijd moeten spenderen aan interventies met geesteszieke personen; in sommige steden bedroeg de wachttijd in de spoedafdeling gemiddeld zeven tot acht uur,

wat een impact had op de capaciteit voor bestrijding van zware criminaliteit ... (BRITISH COLUMBIA SCHIZOFRENIA SOCIETY, 2006, 3).

Nog ander buitenlands onderzoek, in dit geval uit Londen, leert ons dat in ongeveer 15 % van alle tussenkomsten de politie geconfronteerd wordt met een of andere dimensie van geestesziekten. De ernst van de problematiek wordt nog duidelijker wanneer blijkt dat in het Verenigd Koninkrijk jaarlijks ruim 11 000 mensen als gevolg van een psychiatrische problematiek naar een politiegebouw gebracht worden (BATHER *e.a.*, 2008, 1), en dat in vele onderzoeken van de Independent Police Complaints Commission (IPCC) incidenten met geesteszieken aan de basis liggen. Het gaat in dit laatste geval dan om onderzoeken naar aanleiding van overlijden in een politiecel, gebruik van gewapend geweld door de politie, aanpak van vermiste personen enzovoort (COLEMAN en COTTON, 2010, 31).

In nog andere publicaties vinden we terug dat mensen met mentale stoornissen elfmaal meer kans maken om slachtoffer te worden van criminaliteit (X, *Police and Mental Health*, 4).

Onderzoek naar personen die door crisisdiensten worden gezien, leert ons dat er meer mannen dan vrouwen voorkomen en dat het aandeel van mensen met een psychotische stoornis lijkt toe te nemen ten opzichte van personen met een depressieve of andere neurotische stoornis (MULDER en VAN HEMERT, *s.d.*, 25).

Politietussenkomsten met geesteszieke personen gaan ook ruimer dan situaties waar de geesteszieke een misdrijf gepleegd heeft (CORDNER, *The Problem ...*, 4). BONOVIK en BONOVIK vonden dat er in de helft van de politietussenkomsten met geesteszieken geen sprake is van een misdrijf. Wanneer er toch sprake is van een misdrijf, dan resulteert dat slechts in 13 % van de gevallen in een arrestatie. Uiteraard kan een geesteszieke ook slachtoffer zijn (CORDNER, *The Problem ...*, 5).

Verder is het ook zo dat de problematiek van geestesziekte dikwijls gecombineerd is met dakloosheid, drugs- en/of alcoholmisbruik (CORDNER, *The Problem ...*, 6; BRADLEY, 2009, 38).

Maar epidemiologische gegevens van verschillende regio's en landen zijn niet gemakkelijk met elkaar te vergelijken omdat steeds de context bij de interpretatie betrokken moet worden. Toch zijn er veel overeenkomsten en lijken er

---

veel wetmatigheden te bestaan in het gebruik van spoedeisende psychiatrie (MULDER en VAN HEMERT, *s.d.*, 23).

Diverse internationale publicaties bevestigen dat minstens 7 % van alle politiecontacten betrekking heeft op personen met een psychiatrisch probleem (BORUM *e.a.*, 1998, 393-405; FRY *e.a.*, 2002, 277-286; BISSELING en BRAAM, 2009, 687-691; CORDNER, *The Problem ...*, 1). Voor veel personen met een geestesziekte blijkt de politie verder de eerste maatschappelijke dienst te zijn waar ze mee in contact komen (COTTON en COLEMAN, 2006, 2).

Het politieel omgaan met verwarde of geesteszieke personen is dus zeker niet nieuw. Onze oudere politiecollega's omschrijven dit soort interventies als *part of the job*. Sommigen stellen dat we de laatste jaren geconfronteerd worden met een stijging van het aantal en de intensiteit van de tussenkomsten waardoor ook de bezorgdheid over deze tussenkomsten stijgt (X, *...Issues and Trajectories*). Anderen zijn dan weer van mening dat er geen stijging is van het aantal tussenkomsten, maar dat er eerder een grotere maatschappelijke sensibilisering bestaat en mentale stoornissen als dusdanig worden (h)erkend; ook door politie.

### **3. WANNEER IS IEMAND GEESTESZIEK EN WANNEER MOET DIE OPGENOMEN WORDEN?**

#### **3.1. WANNEER SPREKEN WE VAN EEN GEESTESZIEKE?**

Het definiëren van een mentale stoornis is geen eenvoudige opdracht voor een (niet-medisch) geschoolde politieman. Professionele zorgverleners zullen voor een definitie van een geesteszieke terugrijpen naar de DSM-diagnostiek of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* van de American Psychiatric Association. Dit Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen wordt in de meeste landen als standaard gebruikt en heeft sinds mei 2013 al een vijfde herziende versie.

Een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen was noodzakelijk geworden om een einde te maken aan de grote internationale spraakverwarring in de literatuur over psychische aandoeningen. Termen als 'depressie' of 'psychose' werden soms heel verschillend ingevuld en waren vaak ook nationaal gekleurd. Met de DSM werd dus veel meer eenheid gebracht in diagnoses. Alle symptomen werden duidelijk omschreven, er werd precies gedefinieerd welke symptomen er kunnen voorkomen bij een ziektebeeld en ook hoeveel

symptomen er aanwezig moeten zijn alvorens er gesproken kan worden van een bepaald syndroom of ziektebeeld.

Interessant voor de politie is dat DSM in hoofdzaak uitspraak doet over de belemmering in het dagelijks functioneren (persoonlijk, relationeel, sociaal, beroepsmatig). De diagnostiek zelf van DSM vindt plaats vanuit de volgende vijf gezichtspunten of 'diagnostische assen'<sup>5</sup>:

- ✓ de primaire symptomatologie (ook wel de klinische stoornis, psychische ziekte of het klinisch syndroom genaamd);
- ✓ de achterliggende persoonlijkheidsstoornissen (en de specifieke ontwikkelingsstoornissen, kenmerken die blijvend zijn);
- ✓ de lichamelijke aandoeningen of ook wel somatische ziekten genaamd (lichamelijke ziekten die psychische ziektebeelden geven en die kunnen helpen om de behandeling te starten);
- ✓ psychosociale en omgevingsfactoren (ook wel uitlokkende factoren genaamd; ze zijn gerelateerd aan de intensiteit van de psychologische stressor);
- ✓ de algehele beoordeling van het functioneren (op een schaal van 1 tot 100, waarbij 100 perfect is en 1 vrijwel nihil) in de vorm van een GAF-score of Global Assessment of Functioning-schaal, de mate waarin men zich weet aan te passen aan de omgeving, waarbij 0 betekent dat men geen duidelijke informatie heeft. Deze schaal is belangrijk voor de therapieplanning.

Wanneer kunnen we nu in de dagelijkse politiepraktijk over een geestesziekte of een geestesziek persoon spreken? Het beantwoorden van die vraag is niet zo eenvoudig omdat het vaak sterk cultureel, tijds- en plaatsgebonden is. Voor onszelf als politieambtenaar bevat de volgende omschrijving van een geestesziekte de belangrijkste tastbare elementen: 'a variety of conditions which appear to influence a person's behavior and/or how the person perceives the world' (X, 2003, 1).

Voor de criminologisch geschoolde lezer zal de term deviant of afwijkend gedrag misschien al een eerste stap zijn om van daaruit 'geestesziek' te omschrijven. De omschrijving van psychiatrische stoornissen hangt nauw samen met de betekenis van de begrippen abnormaliteit en ziekte. Gezondheid is nog wat anders dan normaliteit. Iemand wordt als 'normaal' bestempeld als hij voldoet aan een bepaalde norm van een sociale groep wat dus betekent dat iemand als 'abnormaal' bestempeld wordt als hij afwijkt van de norm van die groep.

5 [http://nl.wikipedia.org/wiki/Diagnostic\\_and\\_Statistical\\_Manual\\_of\\_Mental\\_Disorders](http://nl.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders).

---

De beoordeling of bepaald gedrag ‘normaal’ is, hangt volgens POUWELS en VAN GELDER (*s.d.*, 11) af van uiteenlopende criteria:

- ✓ Kenmerken van de beoordeelde persoon, zoals leeftijd, geslacht en sociale rol. Zo wordt bepaald gedrag bijvoorbeeld normaal gevonden bij een kind, maar niet bij een volwassene.
- ✓ Tijd en plaats van het gedrag. Als een persoon in de winter in zijn zwembroek loopt, wordt dat al snel als ‘gek’ ervaren.
- ✓ Waarden en normen van de heersende cultuur en tijdgeest. Een bekend voorbeeld hiervan is de discussie of homoseksualiteit een afwijking is.

Pouwels en Van Gelder (*s.d.*, 11) kwamen tijdens de uitvoering van hun onderzoek bij politiemensen (naar hun houding ten aanzien van geesteszieken) tot de conclusie dat er beter gesproken wordt van gedrag dan van ziektebeelden. Het contact tussen geesteszieke personen en politiemensen is immers vaak zeer kort. De politieambtenaar zal daarbij dikwijls onmiddellijk een beslissing dienen te nemen en het gedrag en de houding van de persoon zijn dan ook belangrijke input. Gedrag is door de politiemensen beter te signaleren en te omschrijven dan een ziektebeeld. Er is ook niet echt een noodzaak om de politieambtenaar een psychiatrische diagnose te laten stellen; dat is de taak van de hulpverlening.

In hun onderzoek komen de volgende gedragingen het meeste voor: grillig gedrag (gelinkt aan persoonlijkheidsstoornissen), gedrag dat voorkomt onder invloed van verdovende middelen (gelinkt aan verslaving), verward gedrag (gelinkt aan psychotische stoornissen), ontremd gedrag (gelinkt aan stemmingsstoornissen) en suïcidaal gedrag (gelinkt aan stemmingsstoornissen zoals depressies) (POUWELS en VAN GELDER, *s.d.*, 11).

Uit een studie van Dhossche blijkt verder dat in ongeveer 40 % van de verwijzingen door de politie er sprake is van agressie (DHOSSCHE en GHANI, *s.d.*, 235-240).

Volgens BRUFFAERTS *e.a.* (2008, 36) komen de volgende primaire aanmeldingsklachten het meeste voor op (psychiatrische) spoedafdelingen in België: gebruik van middelen (30 %), depressieve symptomen (18 %), suïcidepoging (9 %) en angstige of psychotische symptomen (elk 5 %). Op basis van de DSM IV-typologie gaat het om middelengebonden stoornissen, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen en aanpassingsstoornissen. De meeste personen bieden zich op eigen initiatief aan (tot 54 %) en verwijzingen door de politie maken ongeveer 10 % uit.



Gedrag dat afwijkt van de geldende normen en waarden in een samenleving wordt door vele burgers als beangstigend en storend ervaren. Ze willen dat dit gedrag ophoudt en zullen dan ook vaak een beroep doen op de politie. Het komt ons daarbij voor dat de grenzen aan de 'verdraagzaamheid' in de maatschappij ook steeds vager worden. Waar vroeger elk dorp zijn dorpsfiguren had die af en toe 'publiekelijk' hun kuren hadden, worden die nu minder getolereerd en al snel bestempeld als geestesziek en rijp voor een gesloten instelling ... De politie wordt nu veel sneller ingeschakeld bij voorheen geaccepteerd gedrag.

### **3.2. WANNEER KAN IEMAND GEDWONGEN OPGENOMEN WORDEN?**

#### **3.2.1. ALGEMEEN**

De reglementaire basis voor de gedwongen opname vinden we in de wet van 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke.<sup>6</sup> In artikel 2 van die wet vinden we de cumulatieve gronden die een gedwongen opname rechtvaardigen<sup>7</sup>:

- ✓ de persoon moet lijden aan een geestesziekte;
- ✓ geen enkele andere geschikte behandeling is mogelijk;
- ✓ de persoon brengt zijn eigen veiligheid en gezondheid ernstig in gevaar of hij/zij vormt een ernstige bedreiging voor andermans leven of integriteit.<sup>8</sup>

Uiteraard veronderstelt een gedwongen opname ook dat betrokkene niet vrijwillig een behandeling wil ondergaan. In voorkomend geval vervalt 'de gedwongenheid'.

Het Raadgevend Comité voor de Bio-ethiek (2003, 11) merkt in verband met dit wettelijk kader op dat in artikel 2 van de wet gesproken wordt over een geestesziekte, terwijl artikel 1 spreekt over psychische stoornissen. Nergens wordt een definitie opgenomen van geestesziekte. De wet stelt daarentegen

6 Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *BS* 27 juli 1990.

7 [www.om-mp.be/index2.php?p\\_pageid=2259](http://www.om-mp.be/index2.php?p_pageid=2259) en [www.vredegerecht1stekantonantwerpen.be/pdf/vademecum.pdf](http://www.vredegerecht1stekantonantwerpen.be/pdf/vademecum.pdf) en tekst 90; ZORGINSPECTIE, 2011, 6.

8 De nationale raad van de orde van geneesheren pleitte in 2010 in haar advies bij de voorstellen tot wijziging van de wet van 1990 op de bescherming van de persoon van de geesteszieke duidelijk voor een beperking van het veiligheids criterium tot personen en dus niet uit te breiden tot goederen. Met andere woorden: aantastingen of dreigingen van aantasting van goederen kunnen voor de nationale raad nooit tot een dwangmaatregel leiden (in: X, juni 2010, 3-4).

---

wel dat de onaangepastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden op zichzelf niet als een geestesziekte beschouwd mag worden.

De wet van 1990 voorziet in twee procedures van gedwongen opname: de normale en de spoedeisende procedure.

Gedwongen en vrijwillige opnamen vertonen enkele verschillen wat betreft behandeling. Zo is er bij gedwongen opname meer bewaking in geval van opsluiting in de isoleerkamer, verhoogd toezicht op zelfdoding, meer maatschappelijke begeleiding en medisch-juridisch overleg, meer toedienen van antipsychotische medicijnen en minder antidepressiva en ook minder groepspsychotherapie (RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK, 2003, 14-15).

Er zijn in Europa grote verschillen in regelgeving, (politie)procedures en zorgaanbod (MULDER en VAN HEMERT, *s.d.*, 31; CORDNER, *The Problem ...*, iii). In sommige landen geldt alleen het gevaarscriterium bij een gedwongen opname, terwijl in de andere landen ook de noodzaak tot behandeling telt. Bovendien is in sommige landen de gerechtelijke macht betrokken bij de beslissing tot een gedwongen opname, terwijl in de andere landen deze beslissing een puur psychiatrische aangelegenheid is. Zo is het bijvoorbeeld in Portugal, net als in België en Nederland, wettelijk vereist dat een rechter betrokken is bij de beslissing tot een gedwongen opname, terwijl dat in Finland niet zo is (MULDER en VAN HEMERT, *s.d.*, 31).

### **3.2.2. SITUATIE IN BELGIË**

Er kan gesteld worden dat het beleid rond crisisopvang van mensen in psychische en/of psychologische nood complex is (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 5). De maatschappij heeft onvoldoende antwoorden op de problematiek van geesteszieken en ook voor de politie is het zeker niet altijd duidelijk welke functioneel-technische, ethische of wettelijke maatstaven gelden (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 6).

Wanneer we de huidige Belgische wetgeving exploreren rond de concepten 'geesteszieken' en 'gevaarsituaties', dan zijn twee wetteksten van belang: de wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 1990 (ook wel wet gedwongen opname genaamd) en de wet van 9 april 1930 tot

bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten. De wet van 1930 zal worden vervangen door een nieuwe wet van 5 mei 2014 betreffende de internering. Deze verscheen op 9 juli 2014 in het Belgisch Staatsblad, maar is nog niet in werking getreden. De minister van Justitie Koen Geens heeft het initiatief genomen om de wet op bepaalde punten te herzien. Het is te verwachten dat na reparatie de wet in 2016 van kracht zal worden.<sup>9</sup>

We bespreken hierna beide wetgevingen maar geven vooral aandacht aan de wet gedwongen opname.

### *3.2.2.1. DE PROCEDURE GEDWONGEN OPNAME IN GROTE LIJNEN BESCHREVEN*

In de wettelijk omschreven ‘normale’ procedure is bepaald dat elke belanghebbende bij de vrederechter een verzoekschrift kan indienen om een persoon (gedwongen) ter observatie te laten opnemen.<sup>10</sup> Het ingediende verzoekschrift dient daarbij een omstandig geneeskundig verslag te bevatten waarin duidelijk de gezondheidstoestand van de op te nemen persoon omschreven wordt. De symptomen dienen met andere woorden concreet opgesomd te worden en er moet vastgesteld worden dat de voorwaarden (bepaald in artikel 2 van de wet) aanwezig zijn. Verder mag dit verslag niet ouder dan vijftien dagen zijn en mag het ook niet opgesteld zijn door een arts die bloed- of aanverwant is van de geesteszieke of verbonden is aan een instelling waar de persoon (geesteszieke) verblijft.

De vrederechter zal bij ontvangst van het verzoekschrift de stafhouder van de Orde van advocaten of het bureau van juridische bijstand om toewijzing van een advocaat verzoeken. Ook zal de vrederechter binnen 24 uur na ontvangst van het verzoek de dag en het uur van het bezoek aan de persoon vaststellen én de dag en het uur van de rechtszitting.

De zieke (of de wettelijke vertegenwoordiger) wordt binnen 24 uur bij gerechtsbrief in kennis gesteld van het verzoekschrift. In deze kennisgevingsbrief staat het adres van de toegewezen advocaat vermeld en wordt ook expliciet herhaald dat de zieke het recht heeft een andere advocaat te kiezen

9 K. GEENS, Justitieplan – Een efficiënte Justitie voor meer rechtvaardigheid, [www.koen-geens.be/justitieplan](http://www.koen-geens.be/justitieplan), 135 p.

10 Voor minderjarigen met een vermoeden van psychische stoornis verloopt de procedure via de jeugdrechter.

---

alsook zich kan laten bijstaan door een vertrouwenspersoon en een geneesheer-psiater.

De vrederechter zorgt er verder voor dat hij alle nuttige inlichtingen van sociale en medische aard inzamelt en dat hij tijdens de zitting de geesteszieke en alle (volgens hem) nuttige personen hoort. Binnentien dagen na het indienen van het verzoekschrift volgt dan een uitspraak. In het geval de vrederechter het verzoekschrift inwilligt, zal hij ook een psychiatrische dienst voor de observatie aanwijzen.

In spoedeisende gevallen verloopt de gedwongen opname via de procureur des Konings van de plaats waar de geesteszieke zich bevindt (DELBROUCK, 2010, 1; Parket Antwerpen, *s.d.*).<sup>11</sup> Het openbaar ministerie zal slechts een procedure tot gedwongen opname starten wanneer er sprake is van een acute situatie of hoogdringendheid, zoals een geesteszieke die zich zodanig verwaarloost dat er een gevaar voor zichzelf ontstaat of er valt te vrezen dat een geesteszieke een onmiddellijke poging tot zelfdoding gaat ondernemen (PARKET LEUVEN, *s.d.*).

In deze gevallen zal een politieambtenaar meestal contact opnemen met de procureur des Konings met de vraag de procedure op gang te brengen door aanstelling van een arts om de persoon te onderzoeken. De procureur des Konings dient vervolgens een schriftelijk advies te krijgen van de door hem aangewezen arts.

Wanneer alle voorwaarden voldaan zijn, dan zal de procureur des Konings een psychiatrische instelling vorderen om de geesteszieke op te nemen.

Het is echter ook mogelijk dat een belanghebbende een rechtstreeks schrijven richt aan de procureur des Konings. In dit geval dient een omstandig geneeskundig verslag bij het verzoek gevoegd te zijn.

Na het ontvangen van het verslag geeft de procureur des Konings binnen 24 uur kennis aan de bevoegde vrederechter en dient bij hem/haar een verzoekschrift in. Binnen dezelfde termijn zal de procureur zijn beslissing ook ter kennis brengen van de geesteszieke (of zijn wettelijke vertegenwoordiger), de

---

<sup>11</sup> In geval van minderjarige geesteszieken is het parket van de woonplaats (inschrijving in het bevolkingsregister) bevoegd. Wanneer de aangestelde geneesheer een collocatie aangewezen acht, dan zal wel eerst bekeken worden of de minderjarige niet via een hoogdringende vordering van de jeugdrechter in de kinderpsychiatrie opgenomen kan worden in het zogenaamde justitieel crisisbed (DELBROUCK, 2010).

persoon bij wie de zieke verblijft of zo nodig diegene die het verzoekschrift aan de procureur rechtstreeks gericht heeft.

De vrederechter zal op zijn beurt dezelfde procedure starten als in 'normale' gevallen, namelijk: advocaat aanwijzen, dag en uur van bezoek aan geesteszieke vaststellen, dag en uur van de zitting vaststellen enzovoort.

Ingeval de procureur het verzoekschrift niet binnen de termijn van 24 uur overgemaakt heeft aan de vrederechter of indien die binnen tien dagen na indiening van het verzoek geen beslissing neemt, dan vervalt de door de procureur genomen maatregel.

De gedwongen observatieperiode van de geesteszieke kan maximaal veertig dagen duren. Tijdens die periode is het mogelijk dat de geesteszieke voor beperkte tijd de instelling of het ziekenhuis mag verlaten. Dat kan alleen of onder begeleiding zijn, maar steeds op beslissing van een arts van de dienst (en onder diens verantwoordelijkheid en gezag).

Het beëindigen van de observatieperiode voor het verstrijken van de veertig dagen kan door verschillende personen beslist worden. Vooreerst kan de procureur des Konings zijn beslissing tot opname als het ware terugroepen, zolang de vrederechter niet heeft beslist. Verder kan de vrederechter, na advies van de geneesheer-psychiater, beslissen om de observatieperiode te beëindigen. Ten slotte kan de geneesheer-diensthofd via een gemotiveerd verslag vaststellen dat de gedwongen opname niet langer verantwoord is. Hij dient dat zowel aan de geesteszieke als aan de directeur van de instelling mee te delen, waarna de directeur de kennisgeving zal overmaken aan de betrokken procureur des Konings, de betrokken vrederechter en zo nodig de persoon die om de opname verzocht (RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK, 2003, 12).

Wanneer het verder verblijf in de instelling na veertig dagen wel nodig blijkt, dan zal dat beslist worden door de gevatte vrederechter. Die dient daartoe minstens vijftien dagen voor het verstrijken van de termijn van veertig dagen een omstandig gemotiveerd verslag van de directeur van de instelling te ontvangen. In zijn beslissing zal de vrederechter de duur van het verblijf in de instelling vaststellen, met een maximum van twee jaar. De geesteszieke kan een soort schriftelijke tegenexpertise van een geneesheer van zijn keuze voorleggen en in een dergelijk geval zal de vrederechter de verschillende geneesheren en de advocaat van de geesteszieke horen.

---

Na afloop van de periode van twee jaar wordt de geesteszieke ontslagen uit de instelling, tenzij de vrederechter in die tussenperiode een nieuw vonnis maakt waarin een nieuwe periode van maximaal twee jaar wordt vooropgesteld (RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK, 2003, 12-13).

We vermeldden eerder reeds dat de geesteszieke tijdens zijn gedwongen observatieperiode de instelling kan verlaten wanneer een geneesheer van de dienst daartoe beslist. Dat gebeurt steeds onder het gezag en de verantwoordelijkheid van de arts en al dan niet onder begeleiding. Ook bij de ‘verlengde opname’ van twee jaar of x maal twee jaar, blijft dat gelden. Ook blijft de geneesheer-diensthooft over de mogelijkheid beschikken om op elk moment, in een gemotiveerd verslag en met instemming van de geesteszieke, de nazorg buiten de instelling te organiseren.<sup>12</sup> Ten slotte kan diezelfde geneesheer-diensthooft op elk moment beslissen dat de verdere opname in de instelling niet langer nodig is. De belanghebbende die om de opname aanvankelijk verzocht heeft, beschikt in een dergelijk geval dan wel over een beroepsmogelijkheid bij de vrederechter.<sup>13</sup>

#### 3.2.2.2. *DE INTERNERING*

De internering is een maatregel die genomen kan worden ten aanzien van een geestesziek persoon die een misdaad of een wanbedrijf heeft gepleegd en waarbij de geesteszieke ontoerekeningsvatbaar is voor dit delict. De beoordeling van ontoerekeningsvatbaarheid gebeurt steeds door een rechter, op het moment van de uitspraak; dus niet op het moment van het delict. De rechter zal zich voor die beoordeling laten leiden door een psychiatrisch deskundigenverslag en door een reeks onderzoekselementen. Verder moet er voor internering ook sprake zijn van een sociaal gevaarlijkheidscriterium of een risico op nieuwe feiten. De internering is dus vooral een beschermingsmaatregel ten aanzien van de geesteszieke, met een dubbel doel: de maatschappij beschermen en de geesteszieke behandelen met het oog op re-integratie in de maatschappij. Bovendien is de internering, in afwijking van de vrijheidsstraf, ook een maatregel van onbepaalde duur (COSYNS *e.a.*, 2008, 63).

---

12 De nazorg buiten de instelling mag maximaal één jaar duren. Bij deze beslissing door de geneesheer-diensthooft zal steeds verduidelijkt worden welke voorwaarden er zijn op het vlak van verblijfplaats, geneeskundige behandeling of maatschappelijke hulpverlening. De geneesheer-diensthooft kan zijn beslissing tot nazorg ook steeds herroepen. Indien binnen het jaar nazorg niet tot wederopname is besloten, dan vervalt ook de maatregel van verder verblijf.

13 De belanghebbende zal van de beslissing van de geneesheer-diensthooft kennis nemen via een aangetekende brief en heeft dan vijftien dagen de tijd om in verzet te gaan bij de vrederechter.

We staan nog even expliciet stil bij de al dan niet toerekeningsvatbaarheid van de feiten. Toerekeningsvatbaarheid is geen psychiatrisch maar een juridisch begrip (TERVOORT en LEUW, *s.d.*, 4). Zoals reeds vermeld, gebeurt de beoordeling op het moment van de strafrechtelijke uitspraak. Het is dus best mogelijk dat een persoon op het moment van een delict als geestesziek beschouwd kan worden en dat niet meer is op het moment van de strafrechtelijke uitspraak. Het is natuurlijk ook mogelijk dat een persoon op het moment van een delict geestesziek is en dat nog steeds is op het moment van de uitspraak (SMETS *e.a.*, 2009, 219-220).

Wanneer een misdaad of wanbedrijf gepleegd wordt door een persoon van wie de politie of de procureurs des Konings resp. de onderzoeksrechter vermoeden dat hij geestesziek is, dan zal onmiddellijk na het misdrijf, en zo nodig de arrestatie, overgegaan worden tot aanstelling van een psychiatrische deskundige. Van deze psychiater wordt verwacht dat hij een omstandig verslag opmaakt waarin een antwoord wordt gegeven op vier vragen:

- ✓ leed de persoon op het ogenblik van het delict en op het ogenblik van het onderzoek aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden hebben tenietgedaan of ernstig hebben aangetast;
- ✓ is er een oorzakelijk verband tussen de geestesstoornis en het delict;
- ✓ bestaat er een gevaar voor recidive ten gevolge van de geestesstoornis;
- ✓ kan de persoon behandeld, begeleid en verzorgd worden met het oog op re-integratie en hoe dan wel (SMETS *e.a.*, 2009, 220-221; COSYNS *e.a.*, 2008, 64)?

Dit omstandig verslag is een belangrijke basis waarop de rechter zijn beslissing tot al dan niet internering zal steunen.

De uitvoering van de interneringsmaatregel ligt thans nog bij de commissie tot bescherming van de maatschappij. Wanneer de hiervoor vernoemde wet van 5 mei 2014 in werking zal treden, zal een kamer voor de bescherming van de maatschappij van de strafuitvoeringsrechtbank bevoegd zijn. Naast het toekennen van uitgaansvergunningen, verloven en vrijstellingen (op proef of definitief) beslissen de commissies – en later de kamers voor de bescherming van de maatschappij – ook over de plaatsing van geïnterneerden. Een plaatsing is mogelijk in een penitentiaire inrichting (bv. Merks-plas, Turnhout, Gent, Paifve), in een federale inrichting tot bescherming van de maatschappij (bv. “Les Maronniers” in Doornik), in een forensisch psychiatrisch centrum (bv. FPC van Gent), of een instelling van een extern forensisch zorgcircuit (zoals bv. in Beernem, Bierbeek, Rekem, Zelzate of Bergen (“**Le Chêne aux Haies**”). Tenslotte dient te worden vermeld dat de internering een maatregel is van on-

---

bepaalde duur, hetgeen betekent dat niet op voorhand vaststaat wanneer de maatregel een einde zal nemen.

Op basis van dit verslag wordt al dan niet beslist tot internering. De uitvoering van de beslissing ligt bij de strafuitvoeringsrechtbank.<sup>14</sup> De geesteszieke wordt dan overgebracht naar een inrichting van de federale overheid (bv. Merksplas), een privé-instelling (bv. Zelzate) of een inrichting van de regionale overheid (bv. Rekkem). Ten slotte dient vermeld dat de internering voor onbepaalde duur is.

Volledigheidshalve vermelden we nog dat er in ons Belgisch recht nog andere wetgeving is die relevant is met betrekking tot (opgesloten) geesteszieken: de wet op het politieambt voorziet in toezicht op geesteszieken, de wet betreffende de bescherming van de goederen van de onbekwame personen en de wet rechten van de patiënt (DE GROOF *e.a.*, 2010, 10-18). Binnen het bestek van deze bijdrage gaan we hier echter niet dieper op in.

### **3.2.3. SITUATIE IN NEDERLAND**

Het politieel omgaan met geesteszieken in crisissituaties verloopt in Nederland toch wel anders dan in België. Het wettelijk kader rond de geesteszieke persoon is er aangevuld met een landelijk convenant politie – GGZ waarin duidelijke samenwerkingsafspraken opgenomen zijn. Behalve dit landelijk convenant, dat we wat verderop in deze bijdrage nog zullen bespreken, zijn er ook regionale convenants.

Om voor de lezer de Nederlandse politiepraktijk te verduidelijken, halen we het voorbeeld van Utrecht aan (SLIJPEN, 2009, 5). Bij een oproep gaat de Utrechtse politie ter plaatse en maakt een inschatting of het aangewezen is om de crisisdienst ook ter plaatse een beoordeling van de persoon te laten doen. De feitelijke woonomstandigheden kunnen hierbij bijvoorbeeld ondersteunend zijn.

Indien er sprake is van een misdrijf of een gevaarlijke situatie, kan de persoon aangehouden en overgebracht worden naar het politiegebouw, waar vervolgens een beoordeling door de crisisdienst kan gebeuren. In de buurt rondom Utrecht is voorgeschreven dat de crisisdienst binnen maximaal een uur na verwittiging in het politiebureau is. Na het aanhoren van het relaas van de politie gaat de crisisdienst met de persoon zelf aan de slag. Wanneer het om een voor

---

<sup>14</sup> Vroeger was dat een taak van de commissie ter bescherming van de maatschappij.



hen bekende persoon gaat, verloopt de beoordeling vrij snel. Indien de persoon niet bekend is, bekijken de hulpverleners of er sprake is van een geestesziekte, of er gevaar is, of er een relatie is tussen de ziekte en het gevaar, of het gevaar afgewend kan worden zonder een opname en ten slotte of de patiënt bereid is zich te laten opnemen.

Vervolgens handelen ze via eigen computersysteem de hele procedure verder af. Daarbij is onder meer voorzien in terugkoppeling naar de aanvankelijk vaststellende politieploeg.

Indien de persoon overgebracht dient te worden naar een instelling, regelt de crisisdienst ambulancevervoer dat binnen een halfuur ter plaatse is. Het blijft wel mogelijk dat het ambulancepersoneel aan de politie om bijstand tijdens het vervoer vraagt.

Er wordt naar gestreefd om de persoon niet langer dan twee uur in het politiebureau te houden. Dit principe is uiteraard moeilijk na te streven ingeval er sprake is van strafbare feiten.

Bij opname in een instelling (inbewaringstelling genaamd) vindt er binnen vijf dagen een rechtszitting in de psychiatrische instelling plaats.

In Nederland is nationaal bepaald dat een geesteszieke zo min mogelijk opgesloten wordt in een politiecel. Het is voor de politie van belang dat er een snelle beoordeling van en vervolgens overdracht naar GGZ komt. De meeste grote stedelijke politie-eenheden beschikken over aparte cellen met bewakers, maar vaak dient de politieambtenaar die overgang tot arrestatie toch beschikbaar te blijven voor de beoordeling door de crisisdienst. Dat betekent dan dat die politieambtenaar niet meer beschikbaar is voor andere opdrachten (BISSELING en BRAAM, 2009, 690-691).

Het landelijk convenant tussen politie en GGZ van 2002 heeft voorzien in een aantal samenwerkingsafspraken op het vlak van opvang, begeleiding en behandeling van personen met een psychische problematiek die overlast geven, een strafrechtelijke inbreuk hebben gepleegd of te kennen geven hulp nodig te hebben.

Een van de afspraken heeft ook betrekking op de maximale duur van verblijf in een politiecel. Sinds het convenant is die maximumduur op zes uur vastgelegd en binnen die termijn dient een beoordeling door een crisisdienst plaatsgevonden te hebben (POUWELS en VAN GELDER, *s.d.*, 13). Uit beperkt onder-

---

zoek in het Nederlandse Utrecht blijkt dat die termijn in 85 % van de gevallen gehaald wordt en dat er zelfs in 20 % van de gevallen binnen twee uur door een crisisdienst beoordeeld werd. Bij vrijwel alle betrokkenen was er sprake van een psychiatrische stoornis: 40 % had een psychotische stoornis, 19 % had een stemmingsstoornis, 13 % had een persoonlijkheidsstoornis, 13 % had een stoornis gebonden aan een middel en 17 % een andere stoornis (BISSELING en BRAAM, 2009, 688).

Opmerkelijk in het onderzoek was wel de vaststelling dat de aanrijtijd voor beoordeling door een crisisdienst van een persoon met een problematiek van verslaving aanzienlijk lager was. Een mogelijke reden hiervoor zou kunnen zijn dat crisisdienstmedewerkers anticiperen op een ontzuivering. Voor de politie is dat een te vermijden situatie, omdat er steeds een risico op overlijden in de cel bestaat. Volgens Bisseling en Braam is het daarom aangewezen dat GGZ, politie en verslavingszorg een beleid ontwikkelen rondom de problematiek van ontzuivering (BISSELING en BRAAM, 2009, 689-691).

De Nederlandse politie heeft ook een rol bij 'weglopers' uit psychiatrische instellingen. Een wegloper zal in eerste instantie door de instelling zelf opgespoord worden. Het is pas wanneer deze piste geen resultaat oplevert dat een daadwerkelijke opsporing door de politie overwogen zal worden. Ook bij vrijwillig opgenomen patiënten die weggelopen zijn, kan een inzet van politie plaatsvinden, wanneer de behandelde arts dat opportuun vindt.

Wanneer een persoon meer dan zesmaal per jaar wegloopt, zal de piketofficier beoordelen of er al dan niet een signalering volgt (SLIJPEN, 2009, 11).

Het vervoer van geesteszieke personen in Nederland wordt bepaald door 'de richting waarin het vervoer gaat'. Zo zal de politie het vervoer doen wanneer dat richting het politiebureau is. Bij vervoer naar een instelling zal een ambulance ingeschakeld worden en bij vervoer naar een strafinstelling is dat nog een andere dienst. De politie zal in principe niet ingeschakeld worden voor vervoer tussen instellingen (SLIJPEN, 2009, 13). Volgens Slijpen (2009, 14) is het bovendien nooit aangewezen dat politie en hulverleners bij meningsverschillen omtrent de uitvoering van het vervoer dat doen in aanwezigheid van de geesteszieke.

Uit onderzoek van Pouwels en Van Gelder (*s.d.*, 34) kwam naar voren dat Nederlandse politieambtenaren verbeterpunten zien op het vlak van:

- ✓ het ter plaatse komen van een crisisdienst om zo de persoon in de acute crisissituatie te kunnen beoordelen; en
- ✓ overleg en debriefing met de crisisdienst betreffende het voorval.

### **3.2.4. HET VERENIGD KONINKRIJK**

In het Verenigd Koninkrijk kan een politieambtenaar, zich baserend op de *Police and Criminal Evidence Act*, een persoon arresteren op wie een vermoeden rust dat hij nood heeft aan een politietussenkomst.

Wanneer bij de persoon een vermoeden van geestesziekte bestaat, dan kan de politie deze persoon van een publieke plaats naar een 'place of safety' brengen voor een maximumduur van 72 uur. Wanneer dezelfde persoon, bij wie een vermoeden van geestesziekte bestaat, zich in zijn woning bevindt, dan ook is er een mogelijkheid voor politie om binnen te dringen in de woning (BATHER *e.a.*, 2008, 3-4).

In de gevallen waarin de geesteszieke personen naar een politiegebouw overgebracht worden, dient een onderzoek van deze persoon te volgen. In de tijdsvork van 72 uur mag de geesteszieke naar verschillende 'places of safety' gebracht worden; het politiegebouw dient daarbij beschouwd als uitzonderlijk. Jaarlijks worden in het Verenigd Koninkrijk ongeveer 11 000 geesteszieke personen tijdelijk in een politiegebouw ondergebracht; slechts 6 400 worden ondergebracht in ziekenhuizen ... (BATHER *e.a.*, 2008, 3-4).

In het Verenigd Koninkrijk wordt de rol van de politie in relatie tot mensen met psychiatrische stoornissen verder in verschillende strategische documenten verduidelijkt (BATHER *e.a.*, 2008, 7).

## **4. SCENARIO'S: REDENEN VAN CONTACT TUSSEN POLITIE EN GEESTESZIEKEN EN DE MOGELIJKE ROL DAARBIJ VAN DE GEESTESZIEKE**

### **4.1. ALGEMEEN**

In dit artikel geven we aandacht aan de rol die de politie heeft of kan hebben ten aanzien van geesteszieke mensen in verschillende scenario's. Weet daarbij dat de politie in veel van deze scenario's eigenlijk vooraf of tijdens de interventie niet weet dat de persoon aan een psychische stoornis lijdt. Volgens Cordner (*The Problem ...*, 2) is het daarom van belang om als politieorganisatie de afhandeling van individuele incidenten te overstijgen en aandacht te besteden aan een meer omvattende en preventieve aanpak.

In grote lijnen zou men kunnen stellen dat de politie bij een crisissituatie met een geestesziek persoon opgeroepen wordt om ofwel om te gaan met de risico's

---

ofwel om bijstand te geven aan anderen. In beide gevallen, vindt men bij de Metropolitan Police (2011, 11), moet de leiding van de interventie dan bij de politie liggen!

In crisissituaties met geesteszieke personen bevindt de politie zich vaak op een kruispunt met twee richtingen: ofwel komt de persoon in de justitiële keten terecht, ofwel wordt een poging ondernomen om het pad van de geestelijke gezondheidszorg te bewandelen (TUCKER *e.a.*, 2008, 236). Behalve met de uitkomst die de politie in dergelijke crisissituaties nastreeft, dient uiteraard ook rekening te worden gehouden met de intenties die de geesteszieke persoon zelf heeft. Een extreem gegeven is de *suicide by cop* die door Hudson omschreven wordt als:

*A term used by law enforcement to describe an incident in which a suicidal individual intentionally engages in life-threatening and criminal behaviour with a lethal weapon or what appears to be a lethal weapon toward law enforcement officers or civilians to specifically provoke officers to shoot the individual in self-defence or to protect civilians.*

(TUCKER *e.a.*, 2008, 237).

#### **4.2. WAT ZIJN MOGELIJKE SCENARIO'S?**

Vooreerst is het politieoptreden ten aanzien van geesteszieken die zich in een familiale sfeer of op een openbare plaats bevinden. Niet zelden zorgen die personen voor overlast waardoor de buurt klaagt en als het een beetje tegenzit, komt ook de burgemeester vragen of er nu echt niets aan te doen is (DRENTH, *s.d.*, 14; X, ...*Issues and Trajectories*; PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 19). Bittner (*s.d.*, 278-292) kwam tot de bevinding dat wanneer de vraag naar een politietussenkoms uitgaat van een dokter, een leerkracht of een werkgever, de politie veelal gevolg geeft aan de oproep omdat ze ervan uitgaat dat alle andere mogelijkheden reeds uitgeput zijn. Een soortgelijke vraag tot opname door een buur of een familielid zou dan weer minder gehonoreerd worden.

In al die gevallen kan er sprake zijn van een al dan niet spoedeisende gedwongen opname. In de praktijk gebeurt het dat de interventieploeg zelf of anders via de wijkinspecteur probeert om te bemiddelen en de persoon, al dan niet via familie, aangespoord wordt om medische hulp te zoeken (AARDOOM *e.a.*, 2002, 1792). Veel klachten over geesteszieke personen worden zonder proces-verbaal afgehandeld en politiemensen worden daarom ook wel eens straatpsychiaters of blauwe psychiaters genoemd (AARDOOM *e.a.*, 2002, 1794; X,

British Columbia Schizophrenia Society, 2006, 6). Onderzoek van Greene leert ons dat bijna drie op de vier politietussenkomsten met geesteszieken resulteren in 'no-action dispositions' (CLAYFIELD en FLETCHER, *s.d.*). Ander onderzoek (WATSON *e.a.*, 2008, 360) brengt dan weer naar voren dat de politie zal overgaan tot arrestatie wanneer er sprake is van een serieus conflict tussen politie en geesteszieke, wanneer familieleden van de geesteszieke aanwezig zijn en om actie vragen of ten slotte wanneer de buurtbewoners op structurele wijze benadeeld worden.

De politie kan ook in contact komen met geesteszieke personen wanneer die een misdrijf hebben gepleegd. Ook in die gevallen is het belangrijk dat de politiemensen eerder zorgen voor een psychiatrische follow-up en behandeling van de geesteszieke; eerder dan hen te arresteren (WAY *e.a.*, 1993, 389).

Een derde mogelijkheid voor contact tussen politie en geesteszieke personen is de ophaling (ten huize) van een persoon naar aanleiding van een gedwongen opname. In dit soort gevallen kunnen agressie en sterk gedragsgestoord gedrag optreden. Het is volgens De Rycke daarom van belang dat politie en hulpverleners uit de residentiële psychiatrische sector goed samenwerken en zorgen voor een zo 'onopgemerkt mogelijke opname'. Om dat te bereiken meent De Rycke (*s.d.*) dat de politie het best zonder sirenes en in burgerkledij te werk gaat.

Nog een andere mogelijkheid is het politieoptreden in gevallen waarin geesteszieken reeds in een ziekenhuis of psychiatrische instelling aanwezig zijn, maar waarbij de zorgverleners de hulp inroepen van de politie als gevolg van een escalatie of de onmogelijkheid om de situatie onder controle te houden.

Cordner (*People ... 2; The Problem ...*) citeert de meest voorkomende scenario's van politiecontact met geesteszieken in Texas (VS):

- ✓ een familielid, een vriend of een andere betrokken persoon brengt de politie op de hoogte in een psychische crisissituatie;
- ✓ een geesteszieke persoon voelt zich suïcidaal en belt de politie vanuit een 'roep naar hulp';
- ✓ de politie treft een verwarde persoon aan op een openbare plaats;
- ✓ de politie wordt opgeroepen door burgers die zich bedreigd voelen door het vreemde gedrag of de aanwezigheid van een verwarde persoon;
- ✓ een verwarde persoon belt de politie omwille van ingebeelde dreigingen.

Het omgaan met een suïcidale persoon wordt daarbij beschouwd als het moeilijkst.

---

Van Hemert *e.a.* (2009, 21) onderzochten in Nederland 3 800 beoordelingen van ‘verwarde’ personen die met de politie in contact kwamen. De beoordelingen vonden telkens plaats in het politiebureau in het kader van een project waarbij een psychiatrisch verpleegkundige een eigen werkplek had in dat politiebureau. De onderzoekers concludeerden dat de GGZ-problematiek waarmee de politie in contact kwam zich niet gemakkelijk liet samenvatten. Globaal wordt er vaak gesproken van verkommering of overlast, gecombineerd met verwardheid of opvallend gedrag. Maar dergelijke stereotype labels doen geen recht aan de veelzijdigheid van de problemen in de praktijk. Onder meer de volgende probleemsituaties komen voor: poging zelfdoding, zwerven, bedelen, verwaarlozing, gevaarlijk gedrag, overlast woonadres, bezorgdheid familie en opvallend gedrag op straat.

L. Teplin (*s.d.*, 157-176) identificeerde een typologie met drie categorieën geesteszieken waar de politie mee in contact komt.

- ✓ Vooreerst zijn er de *neighbourhood characters* of de zogenaamde ‘dorpsgekken’. Deze personen zijn bij de politiemensen bekend en de politie weet welk gedrag ze mogen verwachten en hoe ze hen moet aanpakken. Hun gedrag wordt tot op een bepaald niveau getolereerd en vaak beperkt de politionele reactie zich tot een eerder informele afhandeling.
- ✓ In de tweede plaats zijn er de *troublemakers* of overlastveroorzakers. Ook bij deze personen hoeft de politie zich niet echt grote zorgen te maken. L. Teplin geeft het voorbeeld van een vrouw die telkens wanneer ze gearresteerd wordt, zich ontkleedt in het politiebureau.
- ✓ De derde categorie zijn de onopvallende geesteszieken die eerder verward dan chaotisch zijn. Omdat hun gedrag minder offensief of zichtbaar is voor de buitenwereld en de politie wordt er minder aandacht aan gegeven.

Vooraf dit laatste criterium blijkt vaak een beslissende factor te zijn in het politieoptreden ten aanzien van geesteszieke personen: is er al dan niet sprake van een verstoring van de openbare orde (X, ...*Issues and Trajectories*; WATSON *e.a.*, *s.d.*, 378)? Ander onderzoek (WATSON *e.a.*, *s.d.*, 378) benadrukt dat het vooral de karaktereigenschappen van de politieambtenaar en de situationele factoren zijn die maken op welke manier de politie een interventie met een geesteszieke afhandelt. Lagrange (2003, 88-112) kwam tot de conclusie dat politiemensen met een hoger opleidingsniveau minder geneigd zijn om geesteszieken te arresteren dan politiemensen met een basisopleiding. In dezelfde lijn besluit Green (1997, 469-486) dat het aantal dienstjaren van een politieman negatief gerelateerd zijn aan ‘the probability of arrest’ en positief gerelateerd

zijn aan 'no action taken'. Deze bevinding zou volgens Green het gevolg zijn van het gebrek aan vertrouwen dat oudere politiemensen hebben in de beperkt voorziene oplossingen voor geesteszieken ... (TUCKER *e.a.*, 2008, 241). In de vorige paragrafen werden diverse scenario's beschreven voor politietussenskomsten met geesteszieke personen. Deze scenario's maken vooral duidelijk dat de politie op zich geen structurele oplossing kan bieden (AARDOOM *e.a.*, 2002, 1793).

Geesteszieke personen kunnen in de verschillende scenario's ook verschillende rollen hebben (CORDNER, *The Problem ...*):

- ✓ dader (bv. een geestesziek persoon steelt in een warenhuis of bedreigt iemand);
- ✓ slachtoffer (bv. een geestesziek persoon is slachtoffer van een diefstal of een zedendelict);
- ✓ verward persoon (bv. een geestesziek persoon verstoort op een openbare plaats de openbare orde door te roepen naar alle voorbijgangers);
- ✓ vermist persoon (bv. een geestesziek persoon wordt als vermist opgegeven door een familielid of een instelling);
- ✓ klager (bv. een geestesziek persoon belt de politie met onrealistische klachten over personen en voertuigen die hem dag en nacht volgen);
- ✓ persoon in nood (bv. een geestesziek persoon wordt door de politie in zijn woning aangetroffen in een toestand die niet meer 'menswaardig is' op het vlak van voeding, hygiëne, leefomstandigheden ...).

Er mag dus niet uit het oog worden verloren dat geesteszieke personen ook slachtoffer van een misdrijf kunnen zijn (X, *...Issues and Trajectories*). Geesteszieke personen blijken vooral slachtoffer te zijn van misdrijven die gepleegd worden door mensen die ze kennen. Seksueel misbruik komt bijvoorbeeld af en toe voor. Verzwarend in zulke gevallen is dat de geesteszieken door hun gezondheidstoestand vaak niet beseffen dat ze slachtoffer zijn (X, 2003, 7). We gaan in deze bijdrage niet dieper in op de verschillende rollen die een geesteszieke kan hebben. Wel willen we nog expliciet aanhalen dat het aantal gevallen waarbij een geesteszieke slachtoffer is, niet onderschat mag worden. Het is daarom aanbevelenswaardig om herhaald slachtofferschap te vermijden en dat kan onder meer door op zoek te gaan naar gedragingen of condities die gelinkt zijn aan hun slachtofferschap (CORDNER, *The Problem ...*, 30-31).

---

Omgekeerd kan een geestesziek personen ook dader van een misdrijf en daar-bij zelfs recidivist zijn (CORDNER, *The Problem ...*, 32-33).

Mulder en Van Hemert (*s.d.*, 27-29) identificeerden nog de volgende risicofac-toren voor ambulante spoedeisende psychiatrische contacten.

- ✓ Stedelijkheid: in grote steden komen per hoofd van de bevolking meer mensen in contact met een spoedeisende dienst dan in landelijke gebie-den. Dat grotere aantal is niet echt gelinkt aan de persoonskenmerken maar lijkt vooral te maken te hebben met de aantrekkelijkheid van de stad (o.a. gemakkelijker aan drugs raken) en de grotere aanwezigheid van GGZ- en verslavingsdiensten (met zo nodig een snellere doorverwijzing door huisarts).
- ✓ Sociaaleconomische status: hoe hoger de achterstandsstatus van een wijk, hoe meer crisismeldingen.
- ✓ Rampen: bij belangrijke rampspoedige gebeurtenissen (zoals de terreur-aanval op de Twin Towers in New York) stijgt het aantal aanmeldingen. Vaak zijn dat mensen die al in contact waren met crisishulp.
- ✓ Frequente gebruikers van ambulante spoedeisende psychiatrie: in bepaal-de gebieden keren sommige personen twee- tot driemaal per jaar terug naar de crisisdienst.

## **5. WAT VERSTERKT DE PROBLEMATIEK?**

Inzicht in de factoren die bijdragen tot een probleem kan leiden tot een betere analyse van het probleem, de detectie van mogelijk effectieve maatregelen en de selectie van gepaste antwoorden op die problemen. Internationaal gezien komen in de problematiek van omgaan met geesteszieke personen de vier volgende factoren vooral naar voor: de-institutionalisering, criminalisering, medicalisering en privatisering (CORDNER, *The Problem ...*, 7; BRUFFAERTS *e.a.*, 2008, 35).

### **5.1. DE-INSTITUTIONALISERING**

Door de jaren heen zijn de opvattingen over psychiatrische hulpverlening sterk gewijzigd. Deze wijziging, ook wel vermaatschappelijking genoemd, heeft gezorgd voor een versnelde uitstroom van mensen met psychiatrische problemen uit de institutionele zorg (POUWELS en VAN GELDER, *s.d.*, 4; WATSON *e.a.*, *s.d.*, 378; KNOWLES, *s.d.*, 29). Patiënten worden met andere woorden minder lang opgenomen en zij zijn dus vaker en sneller georiënteerd op het hervatten van het gewone leven in de maatschappij (BRUFFAERTS *e.a.*, 2008, 35). Zonder een oordeel te willen vellen over de al niet gunstige



invloed hiervan op de medische toestand van de geesteszieke personen, dient wel gezegd dat voor deze mensen niet altijd een adequate opvang of begeleiding geregeld is (X, *...Issues and Trajectories*). Zowel de samenleving als de politie krijgt hierdoor wel meer te maken met mensen die nog nood hebben aan een bepaald zorgtraject (TUCKER *e.a.*, 2008, 237; BONIGHTON, 2012, 7; VERMETTE *e.a.*, 2005, 42; MATTHEWS, 1970, 294). De de-institutionalisering kan dan ook beschouwd worden als de belangrijkste factor die de problematiek van politietussenkomsten met geesteszieken versterkt (CORDNER, *The Problem ...*, 7; X, *...Issues and Trajectories*; X, *Building safer communities*, 7). De-institutionalisering gecombineerd met een gebrek aan training rond omgaan met geesteszieken bij politie zorgen er, volgens sommigen, dan weer voor dat geesteszieken meer gearresteerd worden (SCHAEFER MORABITO, 2007, 1582).

We vermeldden reeds eerder dat behalve de politiezorg ook de gezondheidszorg een fase van vermaatschappelijking doorgemaakt heeft. Voor de gezondheidszorg betekent dit dat ernaar gestreefd wordt om de patiënten zo snel mogelijk te laten terugkeren naar een zelfstandig leven in de maatschappij (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7 p.; VANDENBERGHE, 2012). Er wordt dan ook in minder ziekenbedden voorzien (COTTON en COLEMAN, 2006, 2). Sommigen zien de vermaatschappelijkingsbeweging binnen de zorg eerder als een bezuinigingsmaatregel van een terugtrekkende overheid die burgers meer aanspreekt op hun verantwoordelijkheid (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7 p). Er wordt dan ook in minder 'ziekenbedden' voorzien (ADELMAN, 2003, 5)! Hierdoor komen mensen met een psychische of psychosociale nood steeds zichtbaarder op straat.

Verder is het ook zo dat de zorgaanbieders zelf zich steeds meer specialiseren waardoor *multi-problem*-cliënten moeilijker aan bod komen (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7 p). We zien dus als het ware een paradox: door de vermaatschappelijking worden enerzijds ziekenhuisbedden afgebouwd, wordt opnameverkortend gewerkt, nadruk gelegd op mobiele teams enzovoort, terwijl anderzijds het aantal gedwongen opnames jaarlijks stijgt (VANDENBERGHE, 2012).

Het is opvallend dat personen met psychische problemen ook vaak terug te vinden zijn in bepaalde buurten die vooral gekenmerkt worden door armoede en hoge werkloosheidsgraad. In zulke buurten is er een verhoogde kans op contacten met de politie. De reden hiervoor werd door Goldstein in 1977 (371 p.) reeds mooi omschreven:

---

*In these depressed areas police are called upon often to serve as a surrogate parent, to substitute for social workers, housing inspectors, lawyers, psychiatrists and physicians. It is also in these parts of the community that police must aid those who are unable to help them-selves: the destitute, the chronic drunk, the addicted, the mentally ill, the senile, the alien, the physically disabled and young children.*

De politie is met andere woorden de laatste instantie in de hulpverleningsketen geworden; een organisatie die bovendien geen ‘neen’ kan antwoorden op een vraag naar hulp ... (X, ...*Issues and Trajectories*).

Door de vergaande de-institutionalisering en reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg worden urgentiepsychiatrische diensten geconfronteerd met een stijgend aantal meldingen (DE FRUYT, *s.d.*). Maar ook bij de politie zien we het aantal meldingen betreffende crisishulp stijgen, vooral omdat de politie namelijk nog steeds een van de weinige publieke diensten is die een permanente bereikbaarheid heeft, een wettelijke verplichting tot reactie op een vraag om hulp heeft en ten slotte ook de wettelijke mogelijkheid heeft om iemand tijdelijk op te sluiten (REULAND, 2004, 2; X, PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 5; X, ...*Issues and Trajectories*). Toch moet daarbij onmiddellijk gezegd dat het de politie ontbreekt aan professionele handvatten en uitputtende beleids- of zelfs juridisch bepalingen (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7 p.; ADELMAN, 2003, 5; COTTON en COLEMAN, *s.d.*, 3).

## **5.2. CRIMINALISERING**

Een andere (internationaal gezien dan) versterkende factor voor (het aantal) politiecontacten met geesteszieken is de criminalisering (REULAND, 2004, 1; PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 4; X, ...*Issues and Trajectories*). Doordat geesteszieke personen door de deinstitutionaliseringstrend sneller terugkeren naar de maatschappij en daarbij niet altijd kunnen terugvallen op adequate ambulante zorg, treedt er een stijging op van het aantal tussenkomsten met geesteszieken. En niet overal zijn er voldoende samenwerkingsverbanden tussen politie en GGZ om dat op te vangen (TELLER *e.a.*, 2006, 232). Politie mensen kennen niet altijd de achtergrond van een persoon noch de symptomen van geestesziekten en zullen daarom vaker terugvallen op arrestaties als enige ultieme ‘oplossing’ (ADELMAN, 2003, 16). Er wordt dan ook wel gezegd dat politiemensen de deurwachters zijn die beslissen of geesteszieke personen in de maatschappij kunnen blijven of in het justitieel systeem terecht komen (BRITISH COLUMBIA SCHIZOFRENIA SOCIETY, 2006, 5; tekst 93 p. 360). Teplin stelt dat voor soortgelijke misdrijven geesteszieke per-

sonen significant meer gearresteerd worden dan personen die op het eerste gezicht geen mentale stoornis hebben. Ze concludeert dan ook dat 'the way we treat our mentally ill is criminal' (A. TEPLIN, *s.d.*, 794-803).

Een criminaliseringstendens van psychische stoornissen wordt zo in de hand gewerkt, wat dan weer leidt tot een re-institutionalisering maar dan wel in de gevangenis in plaats van in een psychiatrische instelling (CORDNER, *The Problem ...*, 8; WOOD *e.a.*, 2011, 1). Volgens Schaefer Morabito (2007, 1583) wordt de criminaliseringstendens in belangrijke mate ondersteund door de media.

### **5.3. MEDICALISERING**

De derde versterkende factor is de medicalisering. Door de vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg speelt medicatie een voorname rol. Het komt er dus op aan om geesteszieke personen aan te sporen om passende medicatie te blijven nemen en de negatieve impact van bijvoorbeeld drugs te vermijden (CORDNER, *The Problem ...*, 8-9). Maar, er bestaat ook een gevaar voor overmedicatie ...

### **5.4. PRIVATISERING**

Als laatste versterkende factor vermelden we de privatisering van vele zorgvoorzieningen gecombineerd met een daling van het aantal publieke voorzieningen (X, *Building safer communities ...*, 8). Het risico van dit soort zorg ligt vooral in de kostenbesparing op personeel om een zo hoog mogelijke winst te bereiken. Private zorgvoorzieningen zullen in die gevallen meer een beroep doen op de politie om de eigen personeelstekorten in crisissituaties op te vangen. De politie verliest op die manier capaciteit en ook de geesteszieke personen krijgen niet de zorg die ze behoeven (CORDNER, *The Problem ...* 9).

## **6. HOE KIJKT DE POLITIE NAAR DE GEESTESZIEKE?**

*The trouble with being a cop is you get all the dirty jobs no one else will touch with a ten foot pole. Take psychos and alkies. The hospitals won't take them, the doctors don't even want to talk to them, the relatives have given up trying. We're all that left. We try to humor a guy, talk to them nice, but sometimes they're better off in jail with three squares and a roof over their heads. Next thing you know we've got lawyers and doctors around here screaming about civil rights and us cops keeping sick people in jail. (MATTHEWS, 1970, 283)*

## 6.1. ALGEMEEN

Het beeld dat politiemensen en geesteszieken van elkaar hebben, beïnvloedt ongetwijfeld de aard en de kwaliteit van hun interacties (X, *A Study of How ...*, 7).

In dit artikel willen we vooral aandacht hebben voor het beeld dat politiemensen hebben, omdat juist daar vooral onze professionele actiemogelijkheden liggen. Toch staan we even stil bij enkele interessante bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur die ons kunnen helpen om te begrijpen hoe geesteszieken naar de politie kijken:

- ✓ twee op de vijf geesteszieken werden in hun leven al eens gearresteerd;
- ✓ drie op de tien geesteszieken hebben van de politie hulp gehad in hun zorgtraject;
- ✓ een op de zeven doorverwijzingen naar de psychiatrische spoedafdelingen verloopt via de politie;
- ✓ twee op de vijf politiecontacten met geesteszieken staan los van strafbare feiten;
- ✓ de meerderheid van de politiecontacten met geesteszieken worden geïnitieerd door de politie (25 %), door de geesteszieke zelf (15 %) of door familie (20 %);
- ✓ enzovoort (X, *A Study of How ...*, 7-8).

De kerntaken van de politie zijn toezicht, handhaving, opsporing en doorverwijzing. We hebben het dan meer concreet over het aanpakken van overlast op straat, het optreden tegen verstoringen van de openbare orde, het vermijden van gevaar in levenssituaties, het voorkomen en bestrijden van strafrechtelijke inbreuken enzovoort. Het optreden ten aanzien van geesteszieken of het beschermen van mensen tegen zichzelf lijken op het eerste gezicht dan niet echt politietaken (NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, 2010b, 11). Omgaan met geesteszieken is dus in se niet echt een politieprobleem (CORDNER, *The Problem ...*, 1). De politie is ook geen eerstelijnszorgorganisatie voor geesteszieken.

Toch zien we een rol weggelegd voor de politie bij de (start van de) hulpverlening aan geesteszieken, maar we vermelden er wel onmiddellijk bij dat de politie slechts uitzonderlijk behulpzaam zou moeten zijn in acute noodsituaties. Volgens de politiechef van het Los Angeles Police Department Parks is het zo dat 'police should not have to handle so many mentally ill people on the streets' en 'it is the so many that makes the situation problematic' (X, *...Issues and Trajectories*). Het staat dus met andere woorden niet ter discussie of de poli-

tie een rol heeft ten aanzien van mensen met een psychosociale of psychische nood. Wel is de vraag wat de taak van de politie dan wel is en waar die ophoudt (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7 p.; X, ...*Issues and Trajectories*).

Een vaak gebruikte en vooral ook degelijke oplossing bestaat erin de geesteszieke persoon over te brengen naar een psychiatrische spoedafdeling. In onderzoek van Bonovitz wordt gesteld dat in 34 % van de politieoproepen voor verward gedrag de persoon overgebracht werd naar een spoedafdeling (WAY *e.a.*, 1993, 389-390). Cohen en Marcos omschrijven de spoedafdeling als 'the place of first resort for the indigent mentally ill' (WAY *e.a.*, 1993, 390). Uit onderzoek naar het soort geesteszieken dat dan door de politie naar een psychiatrische spoedafdeling doorverwezen wordt, blijkt dat de doorverwezen personen wat betreft stoornis eigenlijk niet verschillen van diegenen die door andere sectoren doorverwezen worden. Wel wordt vaker vastgesteld dat ze het label 'gevaarlijk' opgespeld krijgen en daardoor vaker residentieel behandeld worden (WAY *e.a.*, 1993, 394).

Geesteszieken dienen naar ons gevoel in de eerste plaats benaderd te worden vanuit de geestelijke gezondheidszorg; ook in crisissituaties (binnen en buiten de instellingen)! Deze sector is, als vakgebied van de gezondheidszorg, een toegepaste wetenschap die zich met de psychische gezondheid van mensen bezighoudt. Behalve onderzoek van de psychische gezondheid omvat geestelijke gezondheidszorg ook de toepassing van die kennis om de geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van de mens te bevorderen en/of te herstellen. Ook werkt de GGZ naar het voorkómen van psychische problemen.<sup>15</sup> De GGZ is met andere woorden gespecialiseerd in het bieden van behandeling, zorg en begeleiding aan mensen met psychische problemen en stoornissen. Zij draagt bij aan de verbetering van de geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt (POUWELS en VAN GELDER, *s.d.*, 12).

Politie en GGZ verschillen op een aantal punten maar er zijn ook een aantal overeenkomsten. Vooreerst zijn de taken en de achterliggende concepten verschillend. Bij de politie staat veiligheid centraal terwijl juist in de GGZ de geestelijke gezondheid primeert. Beide sectoren hebben dus een verschillend uitgangspunt en een verschillend doel.

Een overeenkomst tussen GGZ en politie vinden we dan weer in de concepten 'welzijn' en 'levenskwaliteit'. De politie draagt vanuit haar veiligheidsopdracht daartoe bij en de GGZ doet dat vanuit haar gezondheidsopdracht. Beide be-

15 [http://nl.wikipedia.org/wiki/Geestelijke\\_gezondheidszorg](http://nl.wikipedia.org/wiki/Geestelijke_gezondheidszorg).

---

grippen, zowel veiligheid als gezondheid, kunnen in relatie staan tot het individu, maar ook betrekking hebben op diverse personen (POUWELS en VAN GELDER, *s.d.*, 12).

Ook het begrip risico speelt zowel bij het concept veiligheid als bij het concept gezondheid een rol. Verder zijn voor zowel politie als GGZ het voorkomen en beheersen van potentieel gevaarlijke situaties voor zowel personen als voor de samenleving van belang. Andere raakvlakken tussen GGZ en politie zijn de permanente dienstverlening en de overwegend bovenlokale organisatie. Een ander gemeenschappelijk punt bij zowel de politie als de crisishulpverleners, is blootstelling en confrontatie met geweld en dreiging tijdens het werk.

Zowel politie als geestelijke gezondheidszorg hebben met andere woorden belang bij de ontwikkeling en de implementatie van kostenefficiënte interventiemethoden die de levenskwaliteit van geesteszieken kunnen verbeteren (WOOD *e.a.*, 2011, 1).

## **6.2. WELK BEELD HEEFT MEN VAN GEESTESZIEKEN?**

Het is al lang bekend dat 'de burger' een hoofdzakelijk negatief beeld heeft over personen met een geestesziekte (AROMAA, 2011; MISTIK en TURAN, 2005, 25-26). Ze worden als gevaarlijk en onbetrouwbaar beschouwd en via de media wordt dit beeld vaak nog meer versterkt (X, *Building safer communities ...*, 6; CORDNER, *The Problem ...*; KNOWLES, *s.d.*, 11; NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, 2010b, 9). Het is juist dat stigma dat een belangrijke barrière is voor een vlotte integratie van de 'genezende geesteszieke' in de maatschappij (CLAYFIELD en FLETCHER, *s.d.*).

De houdingen en meningen in verband met geestesziek(t)en worden onder meer gevormd door persoonlijke kennis over geestesziekten, de interactie of ervaring met een inwonende geesteszieke of een familielid en culturele stereotypen over geestesziekten (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *s.d.*). De meeste mensen blijken ook niet in staat te zijn om psychiatrische stoornissen te herkennen (VAN GAMPELAERE, 2012, 10).

Verschillen politiemensen nu van 'de burger' in hun houding ten aanzien van geesteszieke personen? Volgens diverse buitenlandse onderzoeken waaronder dat van Deane *e.a.* is dat weldegelijk het geval. Politiemensen proberen niet punitief of isolerend op te treden en vertonen interesse om meer te weten te komen over de geestesziekten (CLAYFIELD en FLETCHER, *s.d.*).

Cotton (*s.d.*, 135-146) kwam in een onderzoek onder politiemensen tot de conclusie dat personen met een psychiatrische stoornis wel vaker gecriminalseerd worden dan 'normale' personen. De politie zou hen dan ook anders behandelen. Een mogelijke achterliggende reden is de zogenaamde *mercy booking*, wat wil zeggen dat de politiemans overgaat tot arrestatie omdat hij gelooft dat er meer kans op behandeling is van de persoon in een gevangenis dan in de lokale vrijwillige gemeenschap (voorzieningen). Politiemensen weten ook dat het overbrengen van een geesteszieke persoon in een crisissituatie naar een (psychiatrische) spoedafdeling niet altijd tot een opname leidt. Er wordt immers vaak geweigerd om deze geesteszieke personen op te nemen als gevolg van agressief gedrag, een combinatie met gebruik van verdovende middelen of alcohol, een gebrek aan beschikbare bedden enzovoort (X, ...*Issues and Trajectories*; WATSON *e.a.*, 2008, 360). Verder vinden politiemensen ook vaak dat de doorlooptijd van een onderzoek veel te veel tijd in beslag neemt (X, ...*Issues and Trajectories*; WATSON *e.a.*, 2008, 360).

Onderzoek van politiechef Biasotti (2011, 5) uit New York leert ons dat politiemensen een aantal obstakels ervaren om geesteszieke personen door te verwijzen. De belangrijkste zijn:

- ✓ afwezigheid van een gevaar voor zichzelf of anderen;
- ✓ gebrek aan of beperkte verzorgende instellingen; en
- ✓ te ingewikkelde procedures voor niet-dringende opnames.

Om na te gaan of politiemensen bijkomende vorming nodig hebben voor een kwaliteitsvolle afhandeling van tussenkomsten met geesteszieken én om te zien welke houding ze aannemen ten aanzien van geesteszieken, ontwikkelden Clayfield, Fletcher en Grudzinkas (*s.d.*) hun Mental Health Attitude Survey for Police (MHASP).

Dichter bij huis ging Van Gampeleire (2012) bij de Gentse politie op zoek naar de attitudes tegenover en de opinie over personen met een psychiatrische stoornis. Haar onderzoek verliep aan de hand van een 'naar politie vertaalde' versie van de CAMI-scale (Community Attitudes to Mental Illness scale). Deze vragenlijst is in oorsprong een instrument om de gehele bevolking te enquêteren over hun attitude ten aanzien van personen met een psychiatrische stoornis. Via een veertigtal stellingen die aan de respondenten voorgelegd worden, peilt men naar de al dan niet autoritaire persoonlijkheid van de respondent (bekijkt men de persoon als inferieur), de welwillendheid (erkent men dat de persoon nood heeft aan zorg), de sociale beperktheid (beschouwt men de persoon als een bedreiging voor de maatschappij) en de geestelijke gezondheidsideologie (gaat men akkoord met het principe van de-institutionalisering).

---

Enkele interessante bevindingen uit haar onderzoek zijn (VAN GAMPELAERE, 2012):

- ✓ ongeveer 70 % van de respondenten gaat niet akkoord met de stelling dat de beste manier om personen met een psychiatrische stoornis in de hand te houden de opsluiting is;
- ✓ de meeste politiemensen hebben een meelevende kijk op personen die lijden aan een psychische stoornis;
- ✓ meer dan de helft van de bevroegde politiemensen is van mening dat er onvoldoende voorzieningen aanwezig zijn en ongeveer de helft vindt dan ook dat er meer belastinggeld aan besteed mag worden;
- ✓ ongeveer twee derde van de respondenten zegt akkoord te gaan met de stelling dat het een taak van de politie is om in de best mogelijke zorg te voorzien voor personen met een psychische stoornis;
- ✓ politiemensen beschouwen mensen met een psychiatrische stoornis niet als een extreem grote bedreiging voor de maatschappij;
- ✓ politieambtenaren staan vrij positief tegenover het accepteren van de therapeutische waarde die uitgaat van de gemeenschap en de integratie van personen met een psychische stoornis in (woon)buurten;
- ✓ 57 % van de bevroegde politiemensen vindt dat personen met een psychische stoornis veel politietijd opeisen maar 76 % beschouwt het ook als een politietaak om te reageren op dit soort politieoproepen.

Volgens Lamb, Steadman *e.a.* moeten politiemensen soms tegen wil en dank de rol van straatpsychiater opnemen (COLEMAN en COTTON, 2010, 52; STEADMAN *e.a.*, 2000, 645; X, ...*Issues and Trajectories*). Ze begrijpen dat ze een rol hebben ten aanzien van geesteszieke personen, maar vervullen deze rol niet altijd van harte (COLEMAN en COTTON, 2010, 52). Omgaan met geesteszieken wordt dan ook niet beschouwd als echt politiewerk (COLEMAN en COTTON, 2010, 53; X, ...*Issues and Trajectories*), het neemt te veel tijd in beslag (REULAND, 2004, 2-3; CLAYFIELD *e.a.*, *s.d.*), en kost daardoor ook te veel (X, 2003, 2). Ook Trovato kwam in zijn onderzoek tot de bevinding dat politiemensen een ambivalente houding hebben ten aanzien van geesteszieken: ze begrijpen wel dat politie hulpverlenend moet optreden ten aanzien van emotioneel verstoorde personen, maar 'on the other hand, they feel the public needs protection from them' (COLEMAN en COTTON, 2010, 52).

Een onderzoek van Cotton brengt dan weer naar voren dat 50 % van de bevroegde politiemensen vindt dat geesteszieke personen een meer dan aanvaardbaar deel van de politiecapaciteit opeisen. De oorzaak van dit teveel aan bestede tijd ligt volgens 38 % van de politiemensen bij het gebrekkig functioneren van de GGZ (COLEMAN en COTTON, 2010, 52). Adelman (2003, 5)



verwijst in dit verband naar een onderzoek in het Verenigd Koninkrijk waar sommige politiemensen weigerden om gevolg te geven aan een oproep voor een geestesziek persoon omdat

*they tended to interpret the call as a situation that was solely the responsibility of the mental health system, rather than one that required them to protect or provide safety for the person with the illness.*

## 7. WAT VERWACHT MEN VAN POLITIE?

Politiewerk is erg complex geworden. Van politiemensen wordt immers al een aantal decennia verwacht dat ze een aantal rollen kunnen opnemen naast het vaststellen van misdrijven en het opsporen van daders. Slachtofferbejegening, doorverwijzen en preventief optreden zijn maar een paar voorbeelden van die andere rollen. Onze huidige samenleving verwacht van de politie bovendien niet alleen een klantgerichte focus maar bovenal een eerlijke en rechtvaardige behandeling. Politiemensen worden in hun dagelijkse realiteit met een veelheid aan situaties geconfronteerd, waarbij ze slechts in de minderheid van de gevallen echt moeten terugvallen op hun handhavingsbevoegdheden (CUMMINGS en JONES, 2010, 14). Bij de meeste politietussenkomsten zullen politiemensen vooral een beroep doen op hun de-escalerende vaardigheden, hun conflictoplossende technieken en hun bemiddelingscompetenties. Volgens Bittner moet een politieambtenaar beschikken over:

*the ability to analyze situations, to determine which of several (potentially conflicting) procedures or rulings to apply, and be able to arrive at such determinations quickly – these qualities may require considerable knowledge, intelligence, and judgment, and these are the qualities that are believed to be most directly relevant to higher education.*

(COLEMAN en COTTON, 2010, 50).

Verschillende onderzoekers hebben erop gewezen dat van de politie vooral een eerlijke en rechtvaardige behandeling verwacht wordt en dat de perceptie van die rechtvaardigheid van belang is voor de toekomstige relatie tussen politie en burger (en geesteszieke) (COLEMAN en COTTON, 2010, 51). Watson en Angell onderzochten of deze theorie van procedurele rechtvaardigheid ook van toepassing is op politietussenkomsten met geesteszieken (TUCKER *e.a.*, 2008, 244). De volgende drie componenten van procedurele rechtvaardigheid werden daarbij in acht genomen:

- ✓ participatie of actief luisteren en tweerichtingscommunicatie;
- ✓ waardigheid; en

- 
- ✓ vertrouwen dat alle partijen samenwerken om het best mogelijke resultaat voor het individuele en publieke veiligheid.

Een van hun voornaamste bevindingen was dat er nood is aan integratie van procedurele rechtvaardigheid in politieopleidingen.

Eenzijds zijn er psychisch gestoorde mensen die op grond van hun psychische stoornis van hun vrijheid zodanig gebruikmaken dat zij in strijd komen met de in de maatschappij geldende normen. De maatschappij zal in zo'n geval reageren en dat geldt zowel in de gevallen wanneer de eigen belangen van de persoon bedreigd worden als wanneer zij die belangen van anderen in gevaar brengen. Anderzijds zijn er personen die op grond van hun geestelijke stoornis, en derhalve op grond van hun feitelijk onvermogen om feiten en omstandigheden te overzien, in hun maatschappelijk functioneren bedreigd worden. Deze bedreiging van hun bestaan ontstaat onder andere doordat zij buiten staat zijn voor hun belangen op te komen en hun toekomstige rechten (geheel) zelfstandig uit te oefenen (JONGMANS, 1974, 485).

Bij misdrijven is het optreden van de politie steeds gerechtvaardigd en vaak juridisch voldoende onderbouwd. Wanneer er echter geen sprake is van een misdrijf, maar een persoon wel psychische hulp nodig heeft, wordt het wat moeilijker voor de politie ...<sup>16</sup>

Volgens Pouwels van Van Gelder (*s.d.*, 4) verandert de relatie tussen de politie en de burger ten goede, waarbij volgens velen de politie zelfs doorslaat. De politie vat de hulpverleningstaak breed op en dat blijkt vooral uit de grote hoeveelheid 'oneigenlijke' taken die ze op zich neemt. Van de politie wordt steeds meer verwacht dat ze een oplossing aanreikt voor elk voorkomend probleem en dat leidt tot een sterke toename van de werklast.

Het is dan ook zaak voor de politie dat ze anderen stimuleert om hun verantwoordelijkheid te nemen om zo een oplossing te bieden voor de problemen waar de politie als organisatie niet alleen een antwoord op kan geven. Omgaan met geesteszieken is zo'n 'probleem' waar de politie niet alleen voor kan instaan. De zorgsector dient mee betrokken te worden.

We kunnen nog niet zeggen dat de politie en de hulpverlening altijd even goed samenwerken. De incidenten worden nauwelijks in een breder perspectief geplaatst en achterliggende oorzaken zijn moeilijk aan te pakken. Van enige

---

16 <http://wodc.nl/onderzoek/onderzoeksprogramma>.

integraliteit, samenhang of samenwerking is nauwelijks sprake (POUWELS en VAN GELDER, *s.d.*, 4).

Het optreden van de politie ten aanzien van geesteszieke personen verdient ook gekaderd te worden binnen de *community policing*-filosofie waar er meer nadruk komt op probleemoplossend werken voor dagelijkse gebeurtenissen (BRADLEY, 2009, 34). Van een politieambtenaar wordt op zijn minst verwacht dat hij de symptomen van een geestesziekte weet te herkennen, de situatie kan de-escaleren, kan doorverwijzen en vooral eerder streeft naar een behandeling van de persoon dan naar een arrestatie (ADELMAN, 2003, 6; BONIGHTON, 2012, 20). Het is voor politieleiders van belang om in het achterhoofd te houden dat het best mogelijk is dat er in de organisatie politiemensen actief zijn die nog vasthouden aan het vroegere politiewerk met een nadruk op naleving van regels en procedures, gebruik van dwang en geweld om veiligheid te bewaren en die er dus van overtuigd zijn dat geesteszieke personen die een misdrijf plegen op dezelfde manier behandeld dienen te worden als een 'gewone' crimineel.

## 8. WAT ZIJN MOGELIJKE POLITIONELE REACTIES?

Politiemensen hadden in het verleden in crisissituaties met geesteszieke personen niet zo veel opties: ofwel zorgden ze ter plaatse voor een kortetermijnoplossing (vaak via 'verbale' weg) ofwel gingen ze over tot arrestatie (REULAND, 2004, 3; X, ...*Issues and Trajectories*) ofwel werd de geesteszieke naar een spoedafdeling gebracht (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 7; TUCKER *e.a.*, 2008, 237). Door de jaren heen zijn de politiekorpsen inventiever geworden en zijn er diverse partnerschappen ontstaan.

Het is naar ons gevoel belangrijk om bij de bespreking van mogelijke politionele reacties even de *labeling*-theorie te vermelden. In deze theorie wordt er namelijk van uitgegaan dat het kleven van een label van geesteszieke op iemand onmiddellijk een aantal negatieve stereotypingen meebrengt die niet alleen de buitenwereld 'geloofd' maar die de persoon uiteindelijk zelf gaat internaliseren en dus 'geloven' ... Geesteszieke personen worden zo vaak de labels gevaarlijk en onvoorspelbaar toegeschreven (WATSON *e.a.*, *s.d.*, 379; CORDNER, *The Problem ...*). Volgens Ruiz (1993, 149-177) is vooral het label gevaarlijkheid aanwezig bij politiemensen. Hij stelt verder dat de angst voor persoonlijk letsel en het gebrek aan empathie bij politiemensen, gecombineerd met het niet-begrijpen of weigeren van instructies door geesteszieken de hoofdoorzaken zijn van gewelddadige confrontaties tussen politie en geesteszieken.

---

We haalden eerder in deze bijdrage al aan dat de politiecontacten met geesteszieke personen veelal gelinkt zijn aan verslaving, stemmings- en psychotische stoornissen. Concrete voorbeelden zijn personen die onder invloed van drugs de openbare orde verstoren in een uitgangsbuurt, personen die met zelfdoding dreigen van op een brug enzovoort. Er wordt dan van de politie verwacht dat ze deze crisissituaties oplost. Hazelhof en Verdonschot (2001 en 2011) omschrijven de rol van de politie als volgt:

*Als politieagent sta je in het eerste contact voor een drievoudige taak. Ten eerste moet je de persoon die problematisch gedrag vertoont tegen zichzelf (en soms ook tegen anderen) beschermen. Ten tweede dien je te polsen waar het gedrag door gemotiveerd of veroorzaakt is, dus of de persoon in kwestie te beïnvloeden is. Ten derde moet je jouw conclusie omzetten in de daad van het onmiddellijk hulp invoeren of het beïnvloeden en sturen van de betrokken persoon.*

Van een politieambtenaar kan niet verwacht worden dat hij alle psychische problemen kan onderscheiden. Wel kan verwacht worden dat hij weet hoe te reageren in deze omstandigheden. De eerstelijns politieambtenaren dienen dus op zeer korte tijd een situatieanalyse te maken en vooral veiligheid te verzekeren voor zowel de geesteszieke persoon als alle andere personen (inclusief zichzelf). Maar niet in alle situaties is dat haalbaar en daarom wordt er direct overgegaan tot handelen. Het 'boerenverstand' en het 'buikgevoel' komen dan in werking ... (POUWELS en VAN GELDER, *s.d.*, 16).

Politietussenkomsten met geesteszieken worden soms wel als gevaarlijk omschreven voor zowel geesteszieken als voor politiemensen. De meerderheid van geweldplegingen tegen politieambtenaren worden gepleegd door mensen die onder invloed zijn en/of geestesziek (WATSON *e.a.*, 2008, 360).

Tervoort en Leuw (*s.d.*, 6-7) verwijzen naar onderzoek dat aantoont dat bij de volgende stoornissen meer geweld voorkomt dan bij andere: antisociale persoonlijkheidsstoornis, paranoïde persoonlijkheidsstoornis, psycho-organische stoornissen, psychosen en intermitterende explosieve stoornissen.

Volgens onderzoek in het Verenigd Koninkrijk, Australië en de Verenigde Staten blijkt dat het in crisissituaties met geesteszieke personen gevaarlijker is voor de geesteszieken dan voor de politie. De geesteszieken lopen namelijk vier keer meer kans om neergeschoten te worden (CORDNER, *People ...*, 5; BONIGHTON, 2012, 25; CORDNER, *The Problem ...*). Het is belangrijk dat in

het achterhoofd te houden, omdat de geesteszieke in een crisissituatie niet alleen dader van een misdrijf kan zijn, maar ook slachtoffer (van verwaarlozing, misbruik enz.).

In zijn informatiebrochure *Ketensamenwerking met zorginstellingen* vermeldt Slijpen (2009, 15-17) hoe de Nederlandse politie in crisissituaties met geesteszieke personen het best reageert. Hij schrijft de tien volgende stappen voor:

- ✓ stel jezelf voor en vertel waarom je gekomen bent;
- ✓ vraag aan de persoon hoe hij heet en of hij kan vertellen wat er aan de hand is;
- ✓ vat het verhaal van de ander samen;
- ✓ toon begrip voor het verhaal van de ander, maar vertel hoe jij ertegen aankijkt;
- ✓ leg uit dat je denkt dat hij/zij een beetje ziek is en vraag of hij een crisiskaart heeft (soort bankkaart waarop informatie staat zoals welke psychische stoornis de persoon heeft, welke medicijnen gebruikt worden enz.);
- ✓ stel voor jezelf als politiefunctionaris vast of de persoon overlast veroorzaakt en welke juridische gevolgen dat eventueel heeft;
- ✓ maak duidelijk welk doel jij wil bereiken;
- ✓ vraag aan de ander hoe hij denkt dat jouw doel bereikt kan worden;
- ✓ neem contact met de juiste crisisdienst of casemanager van de persoon;
- ✓ zorg voor de persoon.

We gaan in deze bijdrage niet nog verder in op de vele mogelijke reacties door politiemensen. Wel willen we nog eens expliciet vermelden dat er verschillende professionals naast de politie zijn die crisissituaties met geesteszieken in goede banen proberen te leiden. Ambulanciers, dokters en thuisverplegers zijn zulke professionals. Bij ambulanciers weten we bijvoorbeeld dat het in vier op de tien gevallen gaat om urgentiepsychiatrische personen; dus personen met een echte psychische ziekte zoals depressie of schizofrenie. De politie kan dus ongetwijfeld ook leren van andere vergelijkbare sectoren.

## **9. HOE DE CONTACTEN TUSSEN GEESTESZIEKEN EN DE POLITIE VERBETEREN?**

Hoe kun je nu op lokaal niveau vooruitgang boeken om het aantal politionele tussenkomsten met geesteszieke personen te verminderen en als ze er dan toch zijn, die zo performant mogelijk af te handelen? In dit deel van de bijdrage willen we een aantal buiten- en binnenlandse praktijken aanhalen die in het verleden succesvol bleken.

## 9.1. ACTION LEARNING

Een vaak gebruikte techniek is de *action learning*-methodiek.<sup>17</sup> Het stellen van vragen staat in deze methodiek centraal. Cordner (*The Problem ...*, 11) hanteert deze methodiek en voor hem staan de volgende (deel)vragen centraal in de politionele benadering van geesteszieken.

- ✓ Beeldvorming incident(registratie)
  - ✓ Welke types incidenten politie – geesteszieken doen zich voor?
  - ✓ Hoeveel van die incidenten met politie doen zich voor?
  - ✓ Aanvullend kan dezelfde informatie verzameld worden op het niveau van ziekenhuizen, instellingen enzovoort.
  - ✓ Hoe handelt de politie deze verschillende types incidenten af?
  - ✓ Hoeveel maal dienen politiemensen geweld te gebruiken bij incidenten met geesteszieken?
  - ✓ Hoeveel maal worden politiemensen gewond bij incidenten met geesteszieken?
  - ✓ Hoeveel daklozen zijn er onder de geesteszieken waar politie mee geconfronteerd wordt?
  - ✓ Hoeveel verslaafden zijn er onder de geesteszieken waar politie mee geconfronteerd wordt?
- ✓ Lokale stakeholders
  - ✓ Wie zijn de lokale publieke instanties die geesteszieken kunnen opvangen? Ambulant of residentieel?
  - ✓ Wie zijn de lokale private instanties die geesteszieken kunnen opvangen? Ambulant of residentieel?
  - ✓ Wat zijn de lokale ‘vertegenwoordigers’ (belangengroepen) voor geesteszieken?
  - ✓ Welke lokale dienstverleners zijn actief in de penitentiaire instellingen?
- ✓ Geesteszieken – slachtoffers
  - ✓ Wie zijn de slachtoffers van de misdrijven gepleegd door geesteszieken?
  - ✓ Wie zijn de slachtoffers onder de geesteszieken?
  - ✓ Welke misdrijven worden gepleegd tegen geesteszieken?
  - ✓ Enzovoort.
- ✓ Geesteszieken – daders
  - ✓ Wie zijn de geesteszieken die misdrijven plegen?
  - ✓ Wie zijn de daders van misdrijven tegen geesteszieken?
  - ✓ Enzovoort.
- ✓ Locaties en tijdstippen
  - ✓ Waar doen incidenten politie – geesteszieken zich voor?

---

<sup>17</sup> <http://carrieremagazine.nl/artikel/53-action-learning-management-development>.

- ✓ Zijn er verschillen in locaties waar incidenten zich voordoen?
- ✓ Zijn er bepaalde periodes waar er meer incidenten zijn?

Vervolgens is het volgens Corder (*The Problem ...*, 11) van belang om de effectiviteit van het politieoptreden te meten. Deze inspanning kan eventueel aanleiding geven tot bijsturing van het optreden. Mogelijke meetpunten zijn: verminderde victimisatie onder geesteszieken, verminderd aantal oproepen voor hot spots, verminderd aantal arrestaties, verminderd aantal gewonde politiemensen ingevolge incidenten met geesteszieken enzovoort.

### 9.2. PARTNERS

Diverse onderzoeken maken duidelijk dat het essentieel is om een lokale problematiek van geesteszieken vanuit een lokaal partnerschap aan te vallen (TUCKER *e.a.*, 2008, 249). De politie dient met andere woorden op zoek te gaan naar andere partners die verantwoordelijkheid dragen. In de eerste plaats dient gedacht te worden aan de lokale welzijns- en psychiatrische instellingen. Er blijkt dan ook een algemene consensus te zijn dat noch psychiatrische instellingen noch politie alleen psychische crisissituaties efficiënt kunnen afhandelen. Maar dit samenwerken loopt niet altijd even vlot. Elke partij lijkt de problematische gevallen naar elkaar te willen doorschuiven. Psychiatrische crisisdiensten verdenken de politie ervan personen in crisissituaties te snel door te sturen, terwijl politie van de crisisdiensten vindt dat ze te veel aarzelen om personen in crisissituaties op te nemen (CORDNER, *The Problem ...*, 19-20; WOOD *e.a.*, 2011, 2-3).

### 9.3. SPOEDAFDELINGEN

Ook doet de politie er goed aan om op regelmatige basis contacten te onderhouden met het personeel van spoedafdelingen in algemene ziekenhuizen. Wederzijdse verwachtingen kunnen op die manier bijgesteld worden. Idealerweise worden er lokale protocollen opgesteld met afspraken over de mogelijke rol van de politie in het ziekenhuis, de maximale wachttijd in de spoedafdeling, de niet-weigering van opname enzovoort (CORDNER, *The Problem ...*, 21; ADELMAN, 2003, 16; PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 7).

Politiemensen en hulpverleners kunnen elkaar ook meer structureel ontmoeten in een soort periodiek case-overleg (COLEMAN en COTTON, 2010, 49).

---

#### **9.4. LIAISONOFFICIEREN**

Een andere (bijkomende) mogelijke aanpak is het voorzien in politieliaison-officieren (CLARKE, 2010, 5). Sommige buitenlandse korpsen hebben een eigen liaison in hun korps aangeduid die hen moet bijstaan voor het opzetten van partnerschappen, het op gang brengen van preventieactiviteiten en locatiegebonden acties (CORDNER, *The Problem ...*, 21-22; BATHER *e.a.*, 2008, 12-13; ADELMAN, 2003, 26). Maar ook ondersteuning op het terrein en vormingsactiviteiten kunnen tot het takenpakket behoren (ADELMAN, 2003, 17).

#### **9.5. TRAINING**

Het hoeft niet meer gezegd dat training een veelbelovende (en noodzakelijke) methode is om de politionele aanpak van psychische crisissituaties te verbeteren (BATHER *e.a.*, 2008, 12-13; PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 4; X, *Building safer communities ...*, 2; TELLER *e.a.*, 2006, 232; MATTHEWS, 1970, 293). Hoewel training dan ook niet beschouwd kan worden als de enige noodzakelijke aanpak (CORDNER, *The Problem ...*, 22-23; COLEMAN en COTTON, 2010, 4). Reuland en Schwarzfeld vinden het woord training zelf te licht en spreken van transformatie (COLEMAN en COTTON, 2010, 52)!

De Canadese politie werkt met Critical Incident Response Training (CIRT), een *web based*-trainingsprogramma dat verschillende scenario's van politietussenkomsten met geesteszieken aanbiedt en de optimale reactie bespreekt (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 32).

In het Verenigd Koninkrijk is ervaring opgebouwd met *mental health awareness*-training en Mental Health First Aid om zo stigmatisering tegen te gaan en een gepaste doorverwijzing te realiseren. Bijzondere aandacht wordt daarbij ook geschonken aan het verschil tussen kwetsbaarheid en gevaarlijkheid (BATHER *e.a.*, 2008, 13).

Behalve het inbouwen van rollenspellen (VERMETTE *e.a.*, 2005, 45) en andere vormen van training doen politieleiders er goed aan om de politiemensen ook voldoende informatie mee te geven zoals een sociale kaart, gewenste gedragslijnen enzovoort. Maar ook voldoende operationele informatie bij het aanrijden naar een incident (zoals eerdere tussenkomsten met de persoon) zijn relevant (CORDNER, *The Problem ...*, 23-24). Verder kunnen vaardigheden ook aangescherpt worden tijdens 'joint-agency-training' (BATHER *e.a.*, 2008, 12) en verdient het aanbeveling om het wettelijk kader (waarbinnen het



politieoptreden zich moet situeren) voldoende helder te maken (ADELMAN, 2003, 7).

Behalve van de vorming en training van politiemensen op terrein wordt ideaaliter ook werk gemaakt van vorming en training van politionele *call-takers*. Zij maken immers vaak de eerste inschatting van een politietussenkomst (ADELMAN, 2003, 19; NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, 2010b, 176).

### **9.6. LESS-LETHAL WEAPONS**

Bij een dreiging met fysiek geweld door een geestesziek persoon wordt van politiemensen verwacht dat ze in de eerste plaats via verbale en non-verbale communicatie rust proberen te brengen in de crisissituatie. Wanneer deze technieken falen, dan dient teruggevallen te worden op alternatieven waarbij zo weinig mogelijk geweld gebruikt wordt en dus letsels vermeden worden. In buitenlands onderzoek zien we dat politiemensen in het verleden te vaak terugvielen op hun dienstwapen en dodelijke letsels toebrachten. De beschikbaarheid van *less-lethal weapons* zoals pepperspray en stun guns zijn daarom een goede stap om de letsels bij zowel geesteszieke personen als politiemensen te vermijden (CORDNER, *The Problem ...*, 24-25).

### **9.7. GESPECIALISEERDE TEAMS**

Verschillende buitenlandse politiediensten hebben voor de afhandeling van crisissituaties met geesteszieken teams van gespecialiseerde politiemensen (X, *...Issues and Trajectories*) opgericht: Crisis Intervention Team (CIT).<sup>18</sup> Centraal binnen de werking van CIT staat een probleemoplossende aanpak waarbij gezocht wordt naar de oorzaken van een bepaald gedrag; eerder dan naar het verwijderen van een geesteszieke van de crisisplaats (COLEMAN en COTTON, 2010, 37; REULAND, 2004, 10). Het aanvankelijk doel van CIT was om het aantal letsels in crisissituaties te verminderen bij zowel politiemensen als geesteszieken. Naderhand werd ook een tweede doel toegevoegd: 'diverting persons with mental illness from the criminal justice system when appropriate' (WATSON *e.a.*, 2008, 360; WOOD *e.a.*, 2011, 17-18).

<sup>18</sup> Het eerste CIT werd opgericht door de politie van Memphis in nauwe samenwerking met de National Alliance in Mental Illness.

---

De CIT-politiemensen worden, op basis van vrijwilligheid (REULAND, 2004, 35; WATSON *e.a.*, 2008, 360), veelal geselecteerd uit de interventiediensten<sup>19</sup>, blijven tewerkgesteld in deze noodhulpdiensten, maar hebben extra training gekregen. Tijdens een veertig uur durende vorming door onder meer psychiatrische hulpverleners, advocaten en belangengroepen voor geesteszieken krijgen ze informatie over symptomen van geestesziekten, brengen ze een bezoek aan psychiatrische spoeddiensten en leren ze technieken om bij crisissituaties tussenbeide te komen. Na de basistraining van veertig uur volgt nog een maandelijks opfrissing van zeven uur (REULAND, 2004, 11; TELLER *e.a.*, 2006, 233).

Bij de politie van Memphis (Tennessee) gaat het bijvoorbeeld over 130 van de 1 354 politiemensen die in dienst zijn (STEADMAN *e.a.*, 2000, 646). Deze speciaal opgeleide politiemensen worden bovendien getraind om alleen een crisissituatie af te handelen en ze kunnen vlotter geesteszieken doorverwijzen omdat ze vaak een betere kennis van de lokale psychiatrische voorzieningen hebben (CORDNER, *The Problem ...*, 25).

De meerwaarde van het CIT-model is effectief gebleken in verschillende Canadese en Amerikaanse steden zoals Memphis, Louisville (Kentucky) en Los Angeles (CORDNER, *The Problem ...*, 26; COLEMAN en COTTON, 2010, 38-41; TUCKER *e.a.*, 2008, 243). Een onderzoek bij de politie van Memphis toont dat 75 % van de oproepen die gelinkt zijn aan een geestesziekte, geresulteerd hebben in een behandeling (via vervoer naar een psychiatrische spoedopvang) (STEADMAN *e.a.*, 2000, 648) en uit Canadees onderzoek komt naar voren dat tot 80 % van de politiemensen dit politieprogramma als zeer effectief beschouwen met het oog op de behoeften van geesteszieken in crisissituaties (ADELMAN, 2003, 22). In 2006 waren al meer dan zestig politiekorpsen gestart met een of andere variant van het CIT-model (TELLER *e.a.*, 2006, 232) en in 2008 liepen er al ruim vierhonderd programma's (WATSON *e.a.*, 2008, 359).

Meer algemeen genereren CIT de volgende positieve effecten: betere algemene kennis van symptomen van geestesziekten bij politiemensen en bijgevolg aangepaste interventietechnieken, minder arrestaties, betere rapportering bij incidenten, betere doorverwijzing, vermindering van (het risico van) geweldgebruik ten aanzien van zowel geesteszieke als politieambtenaar, hogere tevredenheid over politieoptreden bij geesteszieken en hun omgeving, minder

---

19 De selectie gebeurt op basis van persoonlijkheidskenmerken zoals empathie en communicatievaardigheden.

recidive, snellere aanrijtijden en als belangrijkste 'diversion form the criminal justice system' (ADELMAN, 2003, 12 en 22-23; TUCKER *e.a.*, 2008, 248; X, 2003, 5; COTTON en COLEMAN, *s.d.*, 26).

Niet alle onderzoek is even eenduidig over de positieve resultaten van het CIT-model (WOOD *e.a.*, 2011, 21). Volgens Watson *e.a.* (2008, 362) zijn er slechts aanwijzingen voor een gunstige evolutie op het vlak van de houding van de politieambtenaren ten aanzien van geesteszieken en op het vlak van het vertrouwen van de politiemensen in een positieve afloop van de interventie.

In de literatuur vinden we ook nog een aantal belangrijke kanttekeningen terug die het best overwogen worden vooraleer gestart wordt met de implementatie van het model. Vooreerst dient het korps voldoende groot te zijn zodat er altijd een CIT-politieman met dienst is. Verder is het ook zo dat er een zekere frequentie in het aantal tussenkomsten moet zijn opdat de politieambtenaar-specialist voldoende ervaring kan opdoen en zijn expertise kan behouden. Een andere essentiële succesfactor voor het CIT-model is de samenwerking tussen de politie en de GGZ-diensten (ADELMAN, 2003, 13). In een optimale situatie is er voldoende GGZ-aanbod en zijn deze diensten ook de klok rond bereikbaar. Op basis van de hier aangehaalde randvoorwaarden is het met andere woorden dus best mogelijk dat het CIT-model niet zo succesvol is in geografisch kleinere veiligheidszones (CORDNER, *The Problem ...*, 26-27; PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 10; WOOD *e.a.*, 2011, 20; KNOWLES, *s.d.*, 13). Verder dient ook vermeld dat er bij de start van een CIT-project veelal een toename is van het aantal oproepen. Dat kan volgens Teller *e.a.* (2006, 235) en Watson *e.a.* (2008, 362) toegeschreven worden aan het feit dat dispatchers na hun opleiding gevoeliger geworden zijn voor de problematiek. Een tweede oorzaak kan toegeschreven worden aan de kennis van het project bij de bevolking.

Als alternatief voor gespecialiseerde politiemensen voor de afhandeling van psychiatrische crisissituaties wordt in verschillende Amerikaanse steden soms ook gewerkt met een niet-politionele crisisrespons.<sup>20</sup> We doelen dan op een interventie door een maatschappelijk werker of zelfs door een vrijwilliger met hulpverleningscompetenties (STEADMAN *e.a.*, 2000, 646; X, *...Issues and Trajectories*; X, *Building safer communities ...*, 10). Soms zijn die maatschappelijk werkers of vrijwilligers wel fysiek ondergebracht in het politiekorps of

20 Los Angeles, San Diego, Knoxville (Tennessee).

---

maken ze effectief deel uit van het personeelskader (STEADMAN *e.a.*, 2000, 648-649; REULAND, 2004, 3). Er wordt daarbij van uitgegaan dat dit soort hulpverleners door hun opleiding en training meer kennis en vaardigheden rond geestesziekten hebben dan politiemensen. Kanttekeningen bij deze praktijken zijn dan weer de afwezigheid van een permanente beschikbaarheid en de onduidelijkheid over hoe op te treden bij geweldsituaties (CORDNER, *The Problem ...*, 27).

Sinds enkele jaren wordt het politieel CIT in sommige steden ook aangevuld met een tweedelijns-crisisteam. De politie blijft de eerste organisatie die ter plaatse komt bij een crisissituatie maar kan in tweede instantie ondersteund worden door psychiatrisch deskundigen (REULAND, 2004, 12-13). In Canada is men er zelfs voorstander van om *peers* mee in te schakelen in crisissituaties ... (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 7).

Een andere praktijk die we vooral in de Verenigde Staten en Canada terugvinden, vertrekt eveneens vanuit een doorgedreven partnerschap tussen politie en GGZ (ADELMAN, 2003, 11; X, *...Issues and Trajectories*; BONIGHTON, 2012, 20-21). In crisissituaties met geesteszieke personen worden zowel vanuit de politie als vanuit psychiatrische noodhulp gespecialiseerde medewerkers ter plaatse gestuurd.<sup>21</sup> Men spreekt bij GGZ in dit geval van een mobiel crisisteam (REULAND, 2004, 10) of een *mental evaluation team* (MET) (REULAND, 2004, 16).

In een pilotproject in Ottawa (Canada) gaat men nog verder dan het ter plaatse sturen van gemengde ploegen politie – psychiatrisch verpleegkundigen. Bij de Ottawa Police Service is bepaald dat er in crisissituaties versterking van een psychiater is die samen met de politieploeg ter plaatse gaat. De doelstelling hier is het verminderen van het aantal doorverwijzingen naar een spoedafdeling en een daling van het aantal arrestaties. In dit pilotproject is er voor de tussenkommende gemengde ploeg ook veel meer informatie beschikbaar dan voor de klassieke politieploeg. De politie heeft toegang tot de politiedatabanken maar ook de psychiater heeft toegang tot bepaalde medische informatie. Doordat de partijen hun eigen informatie samenbrengen en dus verrijken, krijgen ze een beter beeld van de geesteszieke persoon en is er meer kans op een positief verloop van de interventie (X, *Police, psychiatrist improve ...*).

---

21 In sommige Canadese politiekorpsen worden dan vooral politiemensen in burgerkledij ter plaatse gestuurd (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 11).

In deze gevallen waar ofwel een gespecialiseerde politieambtenaar, een gespecialiseerde 'burger'(-vrijwilliger) of een gemengd team belast is met de onmiddellijke reactie op een crisissituatie zijn er een aantal belangrijke randvoorwaarden die moeten vervuld zijn.<sup>22</sup>

- ✓ In de eerste plaats is er de noodzakelijke aanwezigheid van een psychiatrische triage of *drop off* waar de geesteszieke naartoe gebracht kan worden. Niet alleen wordt hierdoor tijd gewonnen voor de politieorganisatie maar vooral wordt er op die manier gezorgd voor een kwalitatieve beoordeling en doorverwijzing.
- ✓ Ten tweede moet er sprake zijn van een echt lokaal partnerschap. De politie moet haar rol rond crisisopvang van geesteszieken erkennen en op zoek gaan naar lokale partners om zo het zorgtraject op gang te kunnen brengen (STEADMAN *e.a.*, 2000, 649; REULAND, 2004, 12; WATSON *e.a.*, 2008, 361).
- ✓ De derde voorwaarde is de beschikbaarheid over voldoende getrainde politiemensen zodat er een voldoende dekkingsgraad in tijd en ruimte is (ADELMAN, 2003, 12; WATSON *e.a.*, 2008, 361).
- ✓ Watson *e.a.* (2008, 361) geven nog een bijkomende voorwaarde weer voor het CIT-politiemodel namelijk 'de wil tot veranderen'. Omdat CIT eigenlijk een wijziging vraagt van alle operationele aspecten zoals training, *call-taking* en dispatch slagen sommige politiekorpsen er niet in om het model volledig te implementeren.

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat wanneer deze voorwaarden vervuld zijn, er in minder dan 7 % (en soms zelfs tot 2 %) van de politietussenkomsten met geesteszieken een arrestatie volgt (STEADMAN *e.a.*, 2000, 649). Volgens Scott zijn deze drie mogelijke vormen van mobiele crisisrespons bovendien ook meer kostenefficiënt dan de klassieke politieafhandeling (X, ... *Issues and Trajectories*).

22 In de literatuur spreekt men over drie mogelijke methoden waarop gereageerd kan worden op crisissituaties:

- 'a police-based specialized response' waar gespecialiseerde politiemensen de tussenkomst afhandelen;
- 'a police-based special mental health response' waar maatschappelijk werkers of psychiatrisch verpleegkundigen, tewerkgesteld binnen de politie, op verzoek van een politieploeg tussenkomen; en
- 'a mental health based specialized mental health response' waar onafhankelijke mobiele teams van zorgverleners de politie op verzoek kunnen versterken.

---

### 9.8. VOLDOENDE OPVANG

Als gevolg van de de-institutionalisering leven er heel wat mensen met een geestesziekte ‘vrij’ in onze maatschappij. Hun functioneren in de maatschappij wordt dan ondersteund met medicatie en ambulante behandeling. Voor dit soort mensen is het van belang dat er voldoende mechanismen aanwezig zijn om te zorgen dat ze zich houden aan de vooropgestelde behandeling en medicatie. Men spreekt dan over *Assisted Outpatient Treatment (AOT)* (CORDNER, *The Problem ...* 26).

Sommige overheden hebben voorzien in specifieke crisisresponscentra. Deze centra bieden de politiediensten een alternatief voor de spoedafdeling van algemene ziekenhuizen of politiecellen. Wat hen specifiek maakt, is dat ze als het ware een *drop-off*-punt geven aan politie, dat er geen ‘weigeringspolitiek’ voor opname is en dat er gestroomlijnde procedures zijn die de doorlooptijd van het onderzoek minimaal maken. Dat zorgt ervoor dat politiemensen minder frustratie oplopen bij spoedafdelingen in ziekenhuizen en dus minder terugvallen op politiecellen ... (CORDNER, *The Problem ...*, 29; PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 7).

### 9.9. SITUATIE IN BELGIË EN NEDERLAND

Diverse politiezones hebben met hun lokale (psychiatrische) ziekenhuizen samenwerkingsprotocollen gesloten. In die protocollen zijn concrete operationele afspraken terug te vinden zodat beide sectoren elkaar snel en adequaat bijstand kunnen verlenen en concrete informatie kunnen overmaken. Voor de politie is het onder meer van belang om met geesteszieke personen in een spoedafdeling terecht te kunnen of medische hulpverlening te kunnen aanbieden aan personen die zich in een politiecel bevinden.

De Politiezone Sint-Truiden heeft bijvoorbeeld een protocol met twee psychiatrische ziekenhuizen (Depla, 2013). Maar ook de politiezone Riho in West-Vlaanderen heeft een protocol afgesloten met betrekking tot de mobiele teams van het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Midden West-Vlaanderen. Het protocol omvat twee vormen van bijstand:

- ✓ onmiddellijke hulpverlening bij een dringende oproep van de medewerker van het mobiele team in moeilijkheden;
- ✓ de preventieve bijstand bij een huisbezoek door de medewerkers van het mobiele team, na een risico-oproep.<sup>23</sup>

---

23 [www.politiezoneriho.be/nieuws24\\_06\\_2013Protocol.php](http://www.politiezoneriho.be/nieuws24_06_2013Protocol.php).

In Nederland is voor de aanpak van crisissituaties met en de behandeling van geesteszieken sinds eind jaren negentig een duidelijker kader in vergelijking met België uitgetekend. De gemeenten hebben een regierol toebedeeld gekregen in het afsluiten van convenants tussen verschillende ketenpartners. Aandacht voor de verschillende schakels van de keten (preventie, signalering, crisisopvang, herstel enz.) wordt op die manier verzekerd (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7 p.). Specifiek voor de politie wordt gesteld dat haar hulpverleningstaak beperkt dient te zijn tot acute noodhulp en dat de gemeenten daarom in andere zorgdiensten moeten voorzien die de permanente crisisopvang voor hun rekening nemen (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7 p.).

Politie Haaglanden startte in 2003 met een programma om de samenwerking tussen de GGZ en de politie op de werkvloer te versterken. Concreet werd een werkplek voor een psychiatrisch verpleegkundige in het politiebureau gecreëerd om zo de vele zorgsignalen die de politie opvangt via een kortere lijn naar de GGZ te brengen (VAN HEMERT *e.a.*, 2009, 20). In de eerste vier jaren werden ruim 3800 beoordelingen gedaan en dat ging gepaard met een jaarlijkse stijging van het aantal meldingen vanuit politie (VAN HEMERT *e.a.*, 2009, 21-23). Andere positieve aspecten van dit project waren de efficiëntie- en tijds winst voor politie, het sneller terugdringen van overlast, het daadwerkelijk werken aan dossieropbouw en de overbrugging van de cultuurverschillen tussen zorg en politie (VAN HEMERT *e.a.*, 2009, 23).

De politieleiding zelf ziet met dit project winst voor vier doelgroepen.

- ✓ De eerste groep betreft de patiënten die snel en doelgericht worden doorgeleid naar passende zorg.
- ✓ Als tweede groep is er de GGZ die sneller de probleempatiënten aangemeld krijgt en bijgevolg een betere continuïteit kan bieden in de zorg.
- ✓ Als derde winnende groep is er de politie, die zorgsignalen onmiddellijk kan doorgeven en ook ziet dat de zorg resultaten boekt.
- ✓ Ten slotte is er de winst voor de samenleving, omdat in een vroeg stadium met een beperkte inzet escalatie voorkomen kan worden (VAN HEMERT *e.a.*, 2009, 23).

Mogelijke bedreigingen voor het project zijn dan weer de financiering van het programma en de afstemming tussen justitie en zorg (VAN HEMERT *e.a.*, 2009, 24).

Een ander initiatief in Nederland betreft de creatie van de Tijdelijke Overbruggingsafdeling in Amsterdam. Omdat geesteszieke personen vaak te lang in een politiecel moesten wachten in afwachting van een psychiatrische beoordeling

---

en opname, werden ‘voorportalen’ in vijf gesloten opnameafdelingen in Amsterdam opgericht. Het doel van deze voorzieningen was dus om een buffer te vormen en er werd geconstateerd dat deze doelstelling ruim bereikt werd: de doorlooptijden daalden aanzienlijk (MULDER *e.a.*, 2005, 386-387).

Midden 2013 nam de politie in Den Haag nog een ruimer initiatief; ze opende een opvang voor verwarde personen waar medewerkers van de GGZ op elk uur van de dag de nood aan geestelijke gezondheidszorg bij aangehouden personen kunnen beoordelen bij binnenkomst in het politiegebouw. Zo wordt de politie werk uit handen genomen en kan ook het openbaar ministerie snel geïnformeerd worden. Uit de resultaten van een proefproject bleek dat 89 % van de verwarde personen die via de politie binnenkwamen direct konden doorgestuurd worden naar een passende zorg, terwijl dat vroeger (zonder deze opvangvoorziening) slechts 10 % bedroeg (X, 2013).

#### **9.10. ROL VAN DE CHEF**

De politiechef heeft bij crisissituaties met geesteszieke personen vooral een regisserende of coördinerende rol. Hij zal in veel gevallen beoordelen welk gevolg gegeven wordt aan een crisisgebeurtenis en dus welke capaciteit er zal tegenover gezet worden. Het bedrijfsbelang (of de verdere afhandeling van nieuwe vragen tot politietussenkomst) wordt daarbij tegenover het toezicht op de geesteszieke geplaatst. Welke veiligheidsrisico's zijn er met andere woorden en welke rol is er daarbij voor de politie? Opmerkelijk is wel dat uit vroeger Nederlands onderzoek blijkt dat het in 99 % van de politie-interventies met geesteszieken niet de chef is die beslist tot overbrenging naar een politiebureau, maar wel de eerstelijnsvaststeller op het terrein (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7).

#### **10. ENKELE KNELPUNTEN UIT DE PRAKTIJK**

Het werkingskader voor het dagelijks politieel omgaan met geesteszieke personen in crisissituaties is niet altijd even helder. De politie kan de gevaarscriteria bij crisissituaties met geesteszieke personen dikwijls onvoldoende beoordelen en besluit daarom in veel gevallen om de persoon over te brengen naar het politiebureau. Gedurende het verder doorlopen van de hele procedure heeft de politie een toezichthoudende taak en verleent daarbij ook diverse hand- en spandiensten zoals zorg voor afsluiten van de woning, opvang van dieren, begeleiden familie, vervoer naar de instelling enzovoort (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 6). Vele van deze (vaak oneigenlijke) politietaken bevinden zich in een grijze zone wat betreft wettelijkheid. Zo is er opvallend weinig



geschreven over dwang in het voortraject waarbij de politie bijvoorbeeld een geestesziek persoon geboeid in de cel opsluit of geboeid overbrengt naar een zorginstelling.

Een schrijnend voorbeeld waarmee nog eens duidelijk werd hoe moeilijk het voor de politie is om de toestand van de geesteszieke persoon te beoordelen, is het verhaal van Jonathan Jacob. In januari 2013 werd deze man door de politie opgepakt omdat hij zich vreemd en verward gedroeg op de openbare weg. Na onderzoek door een arts besliste het parket om tot collocatie over te gaan. Bij de uitvoering van deze beslissing liep het echter verkeerd af: de psychiatrische instelling weigerde Jonathan Jacob (tot tweemaal toe) op te nemen als gevolg van zijn agressief gedrag en de politie diende hem dan maar opnieuw op te sluiten in een politiecel. Bij het 'platspuiten' van Jonathan Jacob in de politiecel kwam hij te overlijden ...

Met dit voorval werd duidelijk dat er in de praktijk nood is aan een verduidelijking in het procesverloop 'crisissituaties met geesteszieke personen': waar eindigt de rol van de politie en waar begint die van de hulpverlening? In een uitzending van het actualiteitsprogramma *Panorama* van februari 2013 werd deze vraag hardop gesteld. De makers van de reportage wilden vooral een maatschappelijk debat op gang brengen rond de rol van de verschillende actoren, aan de hand van onder meer de volgende vragen: is het een taak voor de politie om te reageren op crisissituaties met geesteszieke personen of is dat eerder voor de psychiatrische zorg, mag men van politiemensen verwachten dat ze ook psychiatrische verplegers zijn en, ten slotte hoever kan de politie gaan in het gebruik van geweld ten aanzien van psychiatrische patiënten (*Panorama*, 21 februari 2013)? Een eenduidig antwoord op deze vragen is er nog niet en ook het maatschappelijk debat lijkt er nu meer een jaar later nog niet of niet meer te zijn ...

De toestand waarin de medische of psychische crisishulpverlener een geesteszieke beoordeelt, verschilt vaak sterk van de situatie waarin de politie de geesteszieke uren ervoor aantroft. De politie treft geesteszieken dikwijls aan in hun eigen werkelijkheid en beschikt bij dat eerste contact over weinig basisinformatie. Niet zelden is ook het zorgkader aan wie de politie de persoon kan overdragen beperkt, waardoor de politie haar vertrouwde 'strafrechtelijke traject' bewandelt. Volgens Nederlandse onderzoekers komt het af en toe zo ver dat politiemensen geesteszieken op oneigenlijke gronden vasthouden, omdat de politie het niet verantwoord vindt om de persoon aan zijn lot over te laten (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7).

---

In de hiernavolgende paragrafen zullen we de volgende onderwerpen behandelen: vervoer van geesteszieken, het verhoren van geesteszieken, het gebruik van geweld en gedwongen behandeling, het delen van informatie en agressie ten aanzien van zorgverleners en politie.

### **10.1. VERVOER**

Politie mensen die in contact komen met ‘gevaarlijke’ geesteszieken zullen die vaak geboeid in een politiewagen overbrengen naar een ziekenhuis, een instelling, een medische onderzoeksruimte of een politiecel. In sommige gevallen wordt bij de crisissituatie een ambulance ter plaatse gevraagd, maar noch politie mensen, noch ambulance personeel voelen zich bekwaam voor dit vervoer. Zelf hebben we in onze politie carrière verscheidene malen mogen ervaren dat de zorgverleners van de ambulance slechts bereid waren om de geesteszieke mee te nemen op voorwaarde dat de politie in de ambulance plaatsnam of het ambulancevoertuig volgde. Hoe zou het nu eigenlijk moeten verlopen (volgens de Belgische regelgeving)?

Ingeval een magistraat tot gedwongen opname beslist, zal de magistraat ook voor een opvangplaats in een psychiatrische instelling zorgen.<sup>24</sup> In zijn vordering aan de instelling tot opname van de geesteszieke persoon zal de magistraat ook voorzien in de vordering van een ambulance om voor de overbrenging naar de instelling te zorgen. Ofwel beschikt de instelling zelf over ziekenvervoer ofwel zal de instelling hiervoor een beroep doen op de dienst 100. Concreet wordt dan via een fax aan de dienst 100 gemeld dat er sprake is van een collocatie bij hoogdringendheid en dat er een mondelinge vordering van de procureur is (DELBROUCK, 2010, 3).

Deze regeling is ook met zoveel woorden opgenomen in artikel 10, § 1 van het KB van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke en in een circulaire nota aan de ambulancediensten van 1992 (MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, 1992).

Volledigheidshalve vermelden we dat de kosten voor het vervoer van een geesteszieke persoon door een ambulance ten laste van de geesteszieke zijn. Sommige ziekenfondsen betalen deze vervoerskosten (gedeeltelijk) terug, maar dat

---

24 In de praktijk durft het parket dat wel via parketrichtlijnen te delegeren naar de politie.

is geen verplichting. Ze kunnen de kosten als vallend onder de ‘aanvullende verzekering’ beschouwen.<sup>25</sup>

Ook in het buitenland blijkt er soms onduidelijkheid en vooral ontevredenheid bij politiemensen te zijn wat betreft het vervoer van geesteszieken. In sommige landen worden die onduidelijkheden weggewerkt via protocols. Dat is het geval in Australië. Het vervoer door ambulances is hier de regel maar er zijn wel heel concrete afspraken over inzet van politie bij transport van geesteszieken. Deze afspraken liggen dan vast in een protocol. Heel concreet kan de politie opteren voor drie vormen van bijstand: escorte van een ambulance, vergezellen van de geesteszieke in de ambulance en ten slotte transport in een politievoertuig (VINE, *s.d.*, 6-7).

Bij de Londense Metropolitan Police is het de politiechef die beslist wie belast is met vervoer van een geesteszieke. Hij zal zich daarbij vooral laten leiden door de ‘gevaarscomponent’ van de geesteszieke (METROPOLITAN POLICE, 2011, 7).

Volgens de Engelse Guidance on Responding to People with Mental Ill Health or Learning Disabilities leidt transport van geesteszieken tot een verhoging van risico's. Zo is er in de eerste plaats een potentieel risico op verhoogde stigmatisering van het individu (als gevolg van de link die men maakt met criminaliteit in plaats van gezondheid). Ook is er meer risico op letsels en zelfs de dood als gevolg van een langer weerhouden (bv. geboeid) van het individu. Ten slotte is er ook het feit dat politiemensen niet zoals ambulanciers opgeleid zijn om om te gaan met medische noodgevallen (NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, 2010b, 112).

In sommige landen is het ook nog steeds zo dat de politie ingeschakeld wordt voor vervoer van *high risk*-geesteszieken tussen instellingen (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 8-9). Bedenkingen die bij deze praktijk naar boven komen zijn: wat met de waardigheid van de patiënt, wat met gevaar voor automutilatie, wat met de creatie van gevaar voor anderen enzovoort (ANTWI *e.a.*, 2006, 447). In het verleden zijn er in het buitenland ook proefprojecten geweest om gespecialiseerd ambulancevervoer op te zetten en daaruit blijkt dat deze niet alleen leiden tot een kwaliteitsverbetering maar ook tot een kostenbesparing.<sup>26</sup>

25 Vr. nr. 3 VAN DE CASTEELE 26 februari 2004, 803.

26 [www.planetree.nl/tag/award/page/3](http://www.planetree.nl/tag/award/page/3).

---

Voor ons heeft de politie geen taak in het vervoer van de geesteszieke naar een spoedopname of instelling. Wel heeft de politie een taak in het verzekeren van de veiligheid van de ketenpartners, wanneer er bijvoorbeeld sprake is van agressief gedrag van een geesteszieke. In zulke gevallen gaat het handhavings-traject vóór het hulpverleningstraject (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 8).

## **10.2. HET EERSTE GESPREK MET EEN GEESTESZIEKE EN HET AFNEMEN VAN EEN VERHOOR**

Politiemensen en zorgverleners staan soms oog in oog met mensen die duidelijke tekenen van psychisch onevenwicht vertonen, bijvoorbeeld personen die een poging zelfdoding achter de rug hebben of ermee dreigen, personen die plots onrustig of opgewonden of verward gedrag vertonen (X, 2012, 1-15). Bij het proberen te brengen van veiligheid en rust in dergelijke crisissituaties is het horen van de persoon dan een essentieel element van het politieel handelen. De politieman dient uiteraard zelf zo veel mogelijk rustig te blijven en dat kan door zelf de stem niet te verheffen, door neutraal te blijven, welwillend en beleefd te zijn. De opzet van het eerste korte gesprek is wel om zo veel mogelijk inlichtingen te verzamelen: wie deed de oproep naar de politie, hoe begon de opwinding, hoe is de situatie ontstaan, werden alcohol of andere middelen verbruikt enzovoort. Uiteraard is het mogelijk dat de persoon na de politieele pogingen tot kalmering agressief blijft. In zulke gevallen zal de in politietermen gebruikte ‘gepaste dwang’ gebruikt worden om de crisissituatie te verhelpen.

In beide gevallen (rustige afloop en tussenkomst met dwang) zal er, eventueel na medische beoordeling, nood zijn aan een politieel verhoor van de mogelijk geesteszieke persoon.

Dit verhoor verloopt het best ...

Volgens de British Medical Association (2009) Healthcare of Detainees in Police Stations moet de geschiktheid van de geesteszieke voor verhoor eerst afgetoetst worden aan de hand van volgende items:

- ✓ *assessment* of de geesteszieke over het vermogen beschikt om het principe van vraag en antwoord te begrijpen;
- ✓ wanneer de persoon geestesziek of mentaal kwetsbaar is, wordt geadviseerd om de bijstand te verzekeren van een geschikte vertrouwenspersoon (NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, 2010b, 154).

Specifiek voor het verhoor van een mogelijke psychopaat, pleiten Van der Meer en Raes (2004, 6) voor inschakeling van een gedragsdeskundige die adviseert bij de opmaak en de uitvoering van een verhoorplan. Ze raden daarbij onder meer aan om zeker geen lang introducerend gesprek te hebben voor het verhoor. Bij psychopaten zal er immers geen sprake zijn van een opbouw van een 'werkrelatie' omdat dergelijke personen intermenselijke relaties kunstmatig beleven. Psychopaten kunnen namelijk zeer goed sociaal wenselijk antwoorden of sociaal wenselijk gedrag dat de ander wenst te zien, bv. huilen, schuldgevoel. Hare zegt daarover: 'they learn the words but not the music' (HERCZ, *s.d.*). Verder zal de verhoorder zich goed moeten wapenen tegen manipulatie en zeer goed het dossier moeten kennen zodat een antwoord gekregen wordt op de juiste vragen. Psychopaten zullen nooit uit schuldgevoel de emotionele stap van bekentenis van een misdrijf zetten. Een bekentenis komt er pas wanneer ontkennen geen zin meer heeft als gevolg van bewijzen of tegenstrijdige elementen in de verklaringen (VAN DER MEER en RAES, 2004, 19-23).

Bijzonder moeilijk voor politiemensen is het verhoor van personen met een schizofrene stoornis. Uit recente wetenschappelijke studies blijkt volgens De Ruiter *e.a.* (2010, 20) dat schizofrene personen vooral moeite hebben met het onderscheiden van informatie die ze zelf hebben meegemaakt en informatie die ze van buitenaf aangereikt krijgen (*reality monitoring*) en informatie die ze oproepen door eigen fantasie (*self monitoring*). Schizofrene personen hebben verder de grootste moeite met het onthouden van autobiografische herinneringen en met het ordenen van geheugenbronnen (zgn. bronverwarring). Ze zijn vaak zeer overtuigd van de juistheid van hun herinneringen en oordelen, ook al zitten ze er volledig naast. Deze volharding in het waarheidsgehalte van onjuistheid van informatie zou het gevolg zijn van een *liberal acceptance bias*: schizofrene personen verzamelen zeer weinig informatie en vinden deze informatie al snel voldoende om beslissingen te nemen. Wanneer deze personen met andere woorden door de politie verhoord dienen te worden, dan vraagt dat om aangepaste technieken en begeleiding door gedragskundigen of forensisch psychologen (DE RUITER *e.a.*, 2010, 20-21).

In twee belangrijke Nederlandse onderzoeksdossiers werd duidelijk dat schizofrene personen soms overgaan tot bekentenissen en eigenlijk later voor de rechtbank onschuldig blijken te zijn. De verschillende indringende verhoren hadden tot allerlei negatieve gevolgen op het vlak van coherentie van de verklaringen geleid, waardoor de onderzoekers en het openbaar ministerie nog meer overtuigd raakten van de schuld van de schizofrene verdachte ... (DE RUITER *e.a.*, 2010, 22).

---

In diverse landen is daarom behalve in het inschakelen van een gedragsdeskundige bij het verhoor bijkomend voorzien in een soort *competency assessment* zoals het ‘competence to stand trial’ in de Verenigde Staten en Canada. Men gaat er daarbij van uit dat de psychische of verstandelijke beperkingen van een verdachte van een misdrijf in strijd kunnen zijn met het recht op een eerlijk proces. De persoon wordt daarom voor het proces onderzocht en eventueel kan er sprake zijn van opname in een psychiatrische instelling (DE RUITER *e.a.*, 2010, 21).

Kortom: om werkelijk recht te doen aan de rechten van de verdediging kan de *competency*-vraag maar beter zo vroeg mogelijk worden beantwoord!

### **10.3. GEBRUIK VAN GEWELD**

Hoewel de doorsnee burger en veel politiemensen geesteszieken associëren met geweld, blijkt daar weinig bewijs voor te bestaan (COLEMAN en COTTON, 2010, 54). Het merendeel van de politietussenkomsten is gelukkig zonder geweld (ADELMAN, 2003, 4). Duidelijk is wel dat het risico op geweld stijgt wanneer een geestesziek persoon onder invloed is of de nodige medicatie niet ingenomen heeft.

Er kan echter niet ontkend worden dat politiemensen geesteszieke personen vaak als onvoorspelbaar en gevaarlijk zien en hen dus als dusdanig benaderen. Volgens Ruiz en Miller kan hier dan de *selffulfilling prophecy theory* spelen: ‘The police, anticipating a potentially dangerous encounter, experience fear and apprehension. These emotions are reflected back to the mental ill person as hostility, which triggers a hostile response in return’ (X, ...*Issues and Trajectories*).

### **10.4. GEDWONGEN BEHANDELING**

In dit overzicht van een reeks praktijkknelpunten dienen we ook even stil te staan bij de problematiek van gedwongen behandeling. We kunnen de problematiek van een gedwongen opname immers niet los zien van de problematiek van een gedwongen behandeling. In België is die niet echt wettelijk geregeld (ZORGNET VLAANDEREN, *s.d.*, 18), en dient er vaak teruggegrepen te worden naar de wettelijke rechtvaardigingsgronden zoals wettige

verdediging en noodtoestand.<sup>27</sup> Toch zijn er een aantal documenten die de problematiek wat verduidelijken.

Vanuit ethisch standpunt kunnen ontegensprekelijk een aantal spanningen ontstaan tussen enerzijds autonomie en integriteit van de patiënt en anderzijds de medische en maatschappelijke plicht om te zorgen voor de medemens. Ook de afbakening tussen wat tot geneeskunde behoort en wat vanuit (straf)rechtlooppunt opgelegd kan worden, is niet altijd even helder.

In grote lijnen vinden we de rechtvaardigingsgronden voor een gedwongen behandeling terug in een advies van het Raadgevend Comité voor de Bio-ethiek (2003, 4-5). Concreet worden vier elementen aangehaald:

- ✓ de plicht om te zorgen, om de patiënt zo zijn autonomie terug te geven (die werd aangetast door zijn ziekte);
- ✓ de aandacht en de bezorgdheid voor de kwetsbaarheid van de patiënt;
- ✓ de solidariteit in termen van recht op gezondheid, op verzorging en daaraan gekoppeld de plicht tot verzorging; en
- ✓ de bescherming van derden.

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2003, 3) definieert een gedwongen behandeling daarom als

*elke interventie – zij het van fysieke, psychologische of sociale aard – met een therapeutisch doel, toegepast op een persoon die een psychiatrische stoornis vertoont, die ofwel in staat is zijn/haar toestemming voor de behandeling te geven en deze toestemming niet geeft, ofwel niet in staat is toe te stemmen en de behandeling weigert.*

Voor het Comité is het begrip 'dwang' dimensionaal te beschouwen en bevindt het zich op een continuüm, gaande van de passieve aanvaarding van de patiënt tot de door de arts opgelegde behandeling ondanks de weigering van de patiënt.

Wanneer we de internationale en Europese regelgeving bekijken dan zien we dat het gebruik van dwangmaatregelen geregeld wordt door Aanbeveling

<sup>27</sup> Er is sprake van een noodtoestand wanneer er een conflict is tussen twee rechtsgoederen waarbij bewust voorrang gegeven wordt aan het 'hogere' rechtsgoed, zelfs al wordt de strafwet hierdoor geschonden. De noodtoestand is een algemene rechtvaardigingsgrond en kan voor alle misdrijven ingeroepen worden.

---

2004(10) van het Comité van Ministers van de Raad van Europa<sup>28</sup> en VN-resolutie 46/119. Uit Aanbeveling 2004(10) blijkt al dat gedwongen opname de dwangbehandeling niet legitimeert. Een dwangbehandeling dient bovendien opgelegd te worden door een rechtbank.

In onze eigen Belgische regelgeving vinden we noch in de wet bescherming geesteszieke noch in de wet patiëntenrechten bepalingen over dwangbehandeling. Wel vertelt het KB ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990<sup>29</sup> ons dat de interne beschermingsmaatregelen die in een instelling genomen kunnen worden, opgenomen dienen te zijn in een huishoudelijk reglement en dat bij elke toepassing van een maatregel dat geregistreerd dient te worden in een register.<sup>30</sup>

In ons huidig rechtssysteem is gedwongen behandeling intussen allesbehalve zeldzaam en gedwongen behandeling is ook niet noodzakelijk gekoppeld aan een gedwongen opname. Enkele voorbeelden van gedwongen behandeling zijn: wettelijk kader rond behandeling van verslaafden en seksuele agressoren of de interneringswetgeving (RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIOTHEK, 2003, 3).

We zijn er ons van bewust dat deze verwijzingen voor de praktijkpolitie de problematiek allesbehalve duidelijk maken. Hoe moet je immers reageren op een oproep tot bijstand door de nachtdienst van een psychiatrische instelling waar een gedwongen opgenomen geesteszieke zichzelf verwondt. Kan de politie in zo'n geval de psychiatrisch verpleegkundige helpen met een fixatie of een isolatiemaatregel?

---

28 Aanbeveling 2004(10) van 22 september 2004 aangenomen in het Comité van Ministers van de Raad van Europa.

29 KB van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, BS 26 juli 1991.

30 De controle of de instellingen de voorschriften van de gedwongen opname wel naleven, gebeurt door

- de procureur des Konings en de vrederechter;
- de geneesheren, inspecteurs of psychiaters van het agentschap zorginspectie ([www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/procedures/ziekenhuizen/gedwongenopname](http://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/procedures/ziekenhuizen/gedwongenopname)). ZORGINSPECTIE, 2011, 2-5.



### **10.5. BELEID ROND STRAFBARE FEITEN EN HET OMGAAN MET VERTROUWELIJKE INFORMATIE**

In een Nederlands onderzoek waarbij 3 800 personen vanuit de politie bij de GGZ aangemeld werden (in het politiebureau), komt naar voren dat er duidelijke afspraken moeten zijn over het tweesporenbeleid. Bij strafbare feiten zijn het politie en justitie die beslissen over de verdere afhandeling van het traject van de geesteszieke, ongeacht de psychiatrische toestand. De zorgverleners beperken zich in eerste instantie tot flankerende noodzakelijke zorg (in de politiecel).

Wat betreft de vertrouwelijkheid van informatie kan verwezen worden naar de Nederlandse Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg met als uitgangspunt de zo groot mogelijke bescherming van de rechten van de patiënt. GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, 2005, 13 p.

De term ‘bemoeizorg’ verwijst naar een actieve en ‘outreachinge’ hulpverlening. Het gaat daarbij om hulp die min of meer wordt opgedrongen aan mensen met ernstige en veelal langdurige psychiatrische problemen. Afwachten tot de persoon zelf om hulp vraagt, is in dergelijke gevallen geen optie. Het weigeren van hulpverlening is veelal geen weloverwogen keuze, maar een gevolg van onmacht, onvermogen en/of wilsonbekwaamheid. Elke organisatie gebruikt hierbij het eigen informatiesysteem dat voor de andere organisatie niet toegankelijk is. Slechts wanneer er een ernstig nadeel voor de persoon dreigt, kan de minimaal noodzakelijke informatie uitgewisseld worden om de zorg tot stand te brengen.

### **10.6. AGRESSIE EN GEWELD TEGEN HULPVERLENERS**

In het eerder geciteerde voorval in Antwerpen met Jonathan Jacob werd duidelijk dat zorginstellingen niet altijd in de mogelijkheid of (misschien nog erger) bereid zijn om agressieve geesteszieke personen op te nemen en te verzorgen.<sup>31</sup> Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er in ziekenhuizen (FOD BINNENLANDSE ZAKEN EN FOD VOLKSGEZONDHEID, *s.d.*, 8) en vooral in de psychiatrie veel geweld plaatsvindt en dat dit soort geweld tot meer stress, ziekteverzuim en personeelsverloop in de zorgsector leidt (HARTE *e.a.*, 2013, 326).

<sup>31</sup> [www.deredactie.be/cm/vrtnieuws/videozone/programmas/panorama/EP\\_130221\\_panorama](http://www.deredactie.be/cm/vrtnieuws/videozone/programmas/panorama/EP_130221_panorama).

---

Hulpverleners in (psychiatrische) spoedafdelingen krijgen op regelmatige basis te maken met agressieve patiënten. In die gevallen waar ze de situatie als *high risk* inschatten of waar een patiënt een misdrijf pleegt, is het gebruikelijk om de politie in bijstand te roepen (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 8). Er kan dan een arrestatie volgen of een opname in de zogenaamde ‘blauwe kamer’ of *time out room*.

Ziekenhuizen (met psychiatrische spoedafdelingen) doen er goed aan om een eigen beleid te ontwikkelen voor omgaan met agressie door patiënten. De FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Volksgezondheid stimuleren dergelijke initiatieven en hebben in dit verband een gezamenlijke handleiding opgesteld (FOD BINNENLANDSE ZAKEN EN FOD VOLKSGEZONDHEID, *s.d.*, 56 p.). Behalve naar tips en voorbeelden van preventieve maatregelen en mogelijkheden tot vorming, verwijst de handleiding ook af en toe naar de politiediensten.

Om de wederzijdse verwachtingen van politie en ziekenhuizen goed te kaderen, is het daarom goed om lokale protocollen af te sluiten (NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, 2010b, 160-161). Een aantal Belgische lokale politiekorpsen hebben dan ook het initiatief genomen om zulke protocollen af te sluiten met de ziekenhuizen in hun doelgebied. Zo sloot recentelijk nog de politiezone Sint-Truiden–Gingelom–Nieuwerkerken een samenwerkingsprotocol met een lokaal ziekenhuis rond omgaan met agressieve personen op spoedgevallen en personen die medische hulp behoeven in een politiecel.<sup>32</sup>

Het geweld in de psychiatrische zorg kent echter zelden een strafrechtelijk gevolg. De redenen daartoe lijken vaak logisch: de dader heeft een stoornis en het misdrijf kan hem niet worden toegerekend, een geesteszieke hoort niet thuis in een gevangenis maar in een instelling waar hij nu al verblijft, werken in de psychiatrie brengt een aantal risico's mee enzovoort (HARTE *e.a.*, 2013, 326).

Slachtoffers-verzorgers in de psychiatrische sector doen bovendien ook zelden aangifte (HARTE *e.a.*, 2013, 326). In een Nederlandse studie (met meer dan 1500 respondenten) komt naar voren dat slechts een op de vier slachtoffers aangifte doet en slechts 3 % van de geweldsincidenten voor de rechtbank kwam (X, *Onderzoek naar geweld in de psychiatrie*). De politie zou in 5 % van de aangiftes niet bereid geweest zijn om de feiten op te nemen (HARTE *e.a.*, 2013, 329).

---

32 [www.politie-nieuwerkerken.be/veiligheidsprotocol-sinttrudo-ziekenhuis.aspx](http://www.politie-nieuwerkerken.be/veiligheidsprotocol-sinttrudo-ziekenhuis.aspx).

## 11. AANBEVELINGEN EN VERWACHTE SUCCESSEN

Mensen met psychosociale of psychische noden komen nog steeds veelvuldig in contact met politieploegen. In het begin van het hele (al dan niet strafrechtelijke) zorgtraject verrichten de politiemensen veel oneigenlijke politietaken die bovendien veel capaciteit opsorpen en zelfs politiekeertaken in het gedrang brengen. Nog vervelender wordt het wanneer blijkt dat de politieactiviteit weinig of geen effect heeft (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7).

In het voorlaatste deel van deze bijdrage sommen we een reeks aanbevelingen op waarmee de lezer eventueel de slag kan vanuit zijn eigen organisatie.

### 11.1. CULTUUR EN KRIJTLIJNEN VAN DE EIGEN ORGANISATIE

In de eerste plaats is het zo dat elke politieambtenaar binnen de krijtlijnen en cultuur van zijn eigen organisatie werkt. Dat veronderstelt dat de politieleiding de rol van de politie ten aanzien van crisissituaties met geesteszieke personen erkent (NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, 2010b, 174). Het betekent ook dat niet alleen de visie van de politieorganisatie, maar ook de persoonlijke mening van de politieleider van groot belang is (REULAND, 2004, 13; PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 25; X, *Building safer communities ...*, 3; METROPOLITAN POLICE, 2011, 5). Hoe kijkt hij of zij naar geesteszieke personen?

Het is daarom van belang dat elke politieorganisatie een eigen ‘vertaald’ beleid en procedures rond omgaan met geesteszieke personen heeft, een zogenaamde SOP of *standard operating procedure* (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 7; TUCKER *e.a.*, 2008, 236; X, *Building safer communities ...*, 2).

Als mogelijke voorbeelden kunnen we aanhalen:

- ✓ de *Contemporary Policing Guidelines for Working with the Mental Health System* van de Canadian Association of Chiefs of Police (COLEMAN en COTTON, 2010, 6; COTTON en COLEMAN, *s.d.*, 9);
- ✓ de *Mental Health Strategy* van de Association of Chief Police Officers (ACPO) (COLEMAN en COTTON, 2010, 31; COTTON en COLEMAN, *s.d.*, 28);
- ✓ de *Force Procedures* van de Cheshire Constabulary (CLARKE, 2010, 16 p.);
- ✓ de *Guidance on Responding to People with Mental Ill Health or Learning Disabilities* (NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, 2010b, 25); en

- 
- ✓ de *Standard Operation Procedure Policing Mental Health* van de Metropolitan Police (METROPOLITAN POLICE, 2011, 35 p.).

De *Guidelines* van de Canadese politiechefs vermelden onder meer dat elke politieorganisatie aanspreekpunten voor politieeel omgaan met geesteszieken moet hebben, lokale GGZ-partnerschappen moet opzetten, een eigen sociale kaart ontwikkeld hebben, deel moet uitmaken van een lokaal overleg waar de problematiek van geesteszieken besproken wordt, data moet bijhouden over de aard, de omvang en het resultaat van politiecontacten met geesteszieken, lokale praktische interventiefiches voor geesteszieken ter beschikking moet hebben, lokale vormingen voor het politiepersoneel moet organiseren enzovoort (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 24-25; COTTON en COLEMAN, *s.d.*, 10).

In de *Force Procedures – Mental Health* van de Cheshire Constabulary vinden we dan weer een opsomming van minimumstandaarden voor omgaan met geesteszieken. Onder meer het volgende wordt vermeld: zorg ervoor dat personen met mentale moeilijkheden toegang tot justitie hebben (zowel als slachtoffer, getuige, verdachte of dader), zorg voor een reactie die tegemoetkomt aan de noden van de geesteszieke (vanuit een multidisciplinair oogpunt), zorg ervoor dat alle politiemensen signalen van mentaal onevenwicht kunnen herkennen enzovoort (CLARKE, 2010, 15).

Zeer concrete operationele richtlijnen zijn ook opgenomen in de *Guidance on Responding to People with Mental Ill Health or Learning Disabilities*. Behalve een uitvoerige beschrijving van de vele verschillende signalen die geesteszieke personen kunnen geven (bv. verwaarlozing, impulsiviteit, verwardheid) worden ook communicatietips gegeven, vind je er richtlijnen voor informatiedeling met andere diensten, informatie over een mogelijk zorgpad enzovoort (NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, 2010b, 25-57).

## **11.2. DUIDELIJKE DOELOMSCHRIJVING**

Het opzetten van een vernieuwde aanpak voor omgaan met geesteszieken dient uiteraard gepaard te gaan met duidelijke doelomschrijving voor het hele project en/of voor de verschillende stappen van het hulpverleningsproces.

Enkele voorbeelden:

- ✓ ‘verbeterde dienstverlening aan geesteszieke personen’;
- ✓ ‘reduceren van de gespendeerde politietijd aan geesteszieke personen door het stoomlijnen van het *drop-off*-proces bij spoedafdelingen’;

- ✓ 'zorgen voor een voldoende aantal gespecialiseerde politiemensen op het terrein om de wachttijd voor efficiënte tussenkomst te verminderen';
- ✓ 'verbeteren van de effectiviteit van de politierespons op recidive door geesteszieken';
- ✓ 'verminderen van het aantal letsels bij politiemensen en verwarde personen bij politietussenkomsten';
- ✓ 'verbeteren van de kennis bij politiemensen omtrent geestesziekten';
- ✓ 'opzetten van een aantal lokale partnerschappen politie-GGZ';
- ✓ enzovoort (REULAND, 2004, 25-26).

### 11.3. SAMENWERKING EN PARTNERSCHAP

Op beleidsmatig en bijgevolg uitvoerend vlak is er nog winst te halen. Gedeeltelijk kan dat aan de gebrekkige wetgeving toegeschreven worden, maar er zijn ook verbeterpunten aan te treffen in de ketensamenwerking. Deze samenwerking blijkt ook in het buitenland soms te wensen over te laten en dat kan niet alleen verweten worden aan de partners zelf. Gebrek aan samenwerking kan immers vaak teruggebracht worden tot het eigen wettelijk kader waarin elke partner opereert en de probleemdefiniëring die volgt uit het eigen cultureel kader en de eigen belevingswereld (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 7).

Bij een crisissituatie zou de politie niet alleen ter plaatse moeten komen, maar ook de ketenpartners. Die kunnen de persoon dan misschien in zijn eigen leefomgeving beoordelen en zijn op dat moment bestaande geestestoestand.

Voor de Belgische politie kan gedacht worden aan een projectleider die afspraken maakt met de ketenpartners. Bij de politie is er behoefte aan een soort protocol waarmee men in geval van crisissituaties met geesteszieke personen kan werken. Wellicht is het immers mogelijk om tot een betere verdeling te komen van verantwoordelijkheden en samenwerking tussen alle actoren.

Verder is ook de mate van vertrouwen tussen politie en GGZ-voorzieningen én het partnerschap van belang (REULAND, 2004, 13). Lokale samenwerkingsprotocollen gecombineerd met regelmatige overlegmomenten kunnen hier sterk helpen (X, *Building safer communities ...*, 12; Fischman *e.a.*, *s.d.* 23; BONIGHTON, 2012, 45; TELLER *e.a.*, 2006, 232).

Het National Policing Improvement Agency somt een reeks onderwerpen op die bij de opmaak van een protocol rond geesteszieken moeten besproken en dus idealiter ook uitgeschreven worden:

- ✓ het doel van het partnerschap;

- 
- ✓ de voordelen en opportuniteiten;
  - ✓ de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen;
  - ✓ het in te zetten personeel;
  - ✓ de wederzijdse verwachtingen;
  - ✓ de risico's;
  - ✓ de wettelijke beperkingen;
  - ✓ het beheer van het partnerschap en de follow-up van verbeterpunten;
  - ✓ de resources (personeel, financieel, uitrusting, training ...);
  - ✓ de tussentijdse doelstellingen;
  - ✓ de informatiedeling;
  - ✓ de administratie;
  - ✓ de datacollectie;
  - ✓ de datamonitoring;
  - ✓ de datatoegangen;
  - ✓ de verschillende contactpersonen per organisatie;
  - ✓ de gebruikte terminologieën;
  - ✓ de observatoren en vrijwilligers;
  - ✓ de praktische aspecten (bv. IT, dagelijkse aansturing ...);
  - ✓ de relatie tot andere partnerschappen;
  - ✓ de continuïteit;
  - ✓ de implementatie en de evaluatie en herziening van het protocol.<sup>33</sup>

#### **11.4. PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN VAN DE POLITIEAMBTENAAR**

Ook zal het politieel omgaan met een geestesziek persoon sterk bepaald worden door de persoonlijkheidskenmerken van de politieambtenaar. Persoonlijke attitudes en overtuigingen van de politiemensen kunnen met andere woorden sterk bepalend zijn voor de uitkomst van een crisissituatie met een geesteszieke persoon (COLEMAN en COTTON, 2010, 45).

#### **11.5. OPLEIDING**

Er kan werk worden gemaakt van een korte opleiding in de benadering van en het omgaan met geesteszieke personen en het uitschrijven van een *standard operation procedure* (interventiefiches).

---

33 <http://beta.scie-socialcareonline.org.uk/briefing-note-on-establishingmulti-agency-protocols-for-responding-to-mental-ill-health-and-learning-disabilities/r/a11G00000017umKIAQ>.

De competenties (kennis en vaardigheden) van politieambtenaren kunnen nog worden bijgespijkerd opdat ze sneller signalen van een psychiatrische problematiek kunnen opvangen (POUWELS en VAN GELDER, *s.d.*, 2). Tot voor enkele jaren bestond er zowel in binnen-als buitenland weinig aandacht voor de doelgroep van geesteszieken.

In Nederland is voor de politiemensen een didactische internetsite opgezet ([www.politieengedrag.nl](http://www.politieengedrag.nl)) met beeldopnames van veelvoorkomende situaties waar de politie mee geconfronteerd wordt. Behalve vanuit de situaties is ook vanuit verschillende perspectieven voorzien in commentaar op het handelen van de politiemensen (KAASENBROOD *e.a.*, 2010, 4).

De Londense Metropolitan Police geeft haar politiemensen *mental health first aid*-training met als doel stigmatisering tegen te gaan (SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH, *s.d.*, 13, COLEMAN en COTTON, 2010, 28).

De agenten van de Rotterdamse meldkamer kregen dan weer van psychiatrische verpleegkundigen advies over hoe om te gaan met ernstig verwarde personen die de meldkamer 112 bellen (X, 2011, 1793-1794). Dergelijke initiatieven komen voor vanuit de groeiende wens van verschillende korpsen om meer expertise op te bouwen bij de opvang en de doorverwijzing van geesteszieke personen om zo de politieambtenaren zo goed mogelijk voor te bereiden op de uitoefening van hun taak bij deze bijzondere doelgroep (*Inforevue*, 2010, 2).

Door het samenbrengen van goede praktijken uit binnen- en buitenland heeft de Canadese overheid het TEMPO-leermodel ontwikkeld. TEMPO staat voor Training and Education about Mental Illness for Police Officers (COLEMAN en COTTON, 2010, 7; COTTON en COLEMAN, *s.d.*, 5-6). De nagestreefde effecten van TEMPO zijn:

- ✓ meer cliëntgerichte interventies;
- ✓ een daling van het gebruik van geweld;
- ✓ een sterkere band met de GGZ; en
- ✓ een reductie van de stigmatisering (COLEMAN en COTTON, 2010, 8).

Maar er zijn nog andere mogelijkheden om het competentieniveau van de politiemensen te verhogen: *in-service learning* (COLEMAN en COTTON, 2010, 11), onlinecursussen (COLEMAN en COTTON, 2010, 12-13; COTTON en COLEMAN, *s.d.*, 16; Cummings en Jones, 2010, 17), *in-service seminars* (COLEMAN en COTTON, 2010, 21; COTTON en COLEMAN, *s.d.*, 15), stage in een psychiatrische crisisopvang (COLEMAN en COTTON, 2010, 33) of het aanhoren van getuigenissen (COLEMAN en COTTON, 2010, 38).

---

Het aanbieden van voldoende vormings- en informatiemogelijkheden wordt algemeen beschouwd als de beste waarborg om politiemensen op een kwalitatieve manier te laten omgaan met geesteszieke personen in crisissituaties. Politieorganisaties kunnen voor dit soort Mental Health Learning-programma's op dit moment zelfs al een accreditatie verkrijgen wanneer ze tegemoetkomen aan de CALEA-standaarden (The Commission on Accreditation for Law Enforcement Agencies) (COLEMAN en COTTON, 2010, 26-27):

*The agency must have a written directive regarding the interaction of agency personnel with persons suspected of suffering from mental illness that addresses:*

- a. guidelines for the recognition of persons suffering from mental illness;*
- b. procedures for accessing available community mental health resources;*
- c. specific guidelines for sworn officers to follow in dealing with persons they suspect are mentally ill during contacts on the street, as well as during interviews and interrogations;*
- d. documented entry level training of agency personnel; and*
- e. documented refresher training at least every three years.*

## **11.6. GESPECIALISEERDE DIENST**

Politiekorpsen kunnen ook kiezen voor implementatie van (een afgeleide van) het Memphis CIT-model. Daarbij staat het partnerschap centraal en wordt er dus best gewerkt met een multidisciplinair planningscomité. We geven kort punctueel weer via welk stappenplan dit planningscomité de implementatie en de follow-up van het CIT-model eventueel kan aanpakken (BUREAU OF JUSTICE ASSISTANCE, *s.d.*, 2-18):

- ✓ Begrijpen van het probleem.
  - ✓ Wat zijn de drijvende krachten die de politie aanzetten om de dienstverlening aan geesteszieken te optimaliseren?
  - ✓ Welke cijfers en data kan het planningscomité in eerste instantie consulteren om te begrijpen welke factoren bepalend zijn voor de gedragslijnen van de politie ten aanzien van geesteszieken?
  - ✓ Wat zijn de beperkingen aan de huidige cijfers en data en hoe kunnen die in de toekomst verholpen worden?
- ✓ Omschrijven van de programmadoelstelling en de te bereiken doelstellingen.
- ✓ Identificeren van de datacollectieprocessen om het programma bij te sturen en te evalueren.



- ✓ Welke data zullen verzameld worden om te zien of de doelstellingen bereikt worden?
- ✓ Welke datacollectiestrategie zal gevolgd worden (bv. invullen formulier na elke tussenkomst)?
- ✓ Omschrijven van het wettelijk kader en de impact op de programma-acties.
  - ✓ Welke karakteristieken van de politieorganisatie zijn relevant voor de planning van een gespecialiseerde gedragslijn ten aanzien van geesteszieken?
  - ✓ Welke karakteristieken van ons socialezekerheidssysteem en van de geestelijke gezondheidszorg zijn relevant voor de planning van een gespecialiseerde gedragslijn ten aanzien van geesteszieken?
  - ✓ Welke wettelijke bepalingen zijn relevant voor een gespecialiseerde gedragslijn ten aanzien van geesteszieken?
  - ✓ Welke demografische en geografische gemeenschapskenmerken zijn relevant voor een gespecialiseerde gedragslijn ten aanzien van geesteszieken?
- ✓ Afsluiten van protocollen.
  - ✓ Welke politiereacties zijn nodig? Zijn er verschillende situaties en zo ja, welke politie-unit reageert?
  - ✓ Welke reacties zijn nodig vanuit de geestelijke gezondheidszorg?
  - ✓ Welke eventuele andere reacties zijn nodig (bv. justitie, gevangenis-personeel)?
- ✓ Bepalen van de trainingsbehoeften.
  - ✓ Hoeveel training is nodig en voor wie (aantal uren, aantal politiemensen enz.)?
  - ✓ Welke topics moet de training bevatten (kan verschillen naargelang soort politieambtenaar bv *call-taker* versus interventiepolitie)?
  - ✓ Wie zal de training geven?
  - ✓ Welke trainingsstrategie zal gebruikt worden?
- ✓ Voorbereiden van de programma-evaluatie.
  - ✓ In welke middelen moet voorzien worden voor de evaluatie?
  - ✓ Moeten er personen aangeduid worden voor de evaluatie?

Heel wat korpsen hebben voor dit model geopteerd omwille van de efficiëntie en vooral het realistische in de aanpak. Politieploegen blijken immers in de dagelijkse praktijk van crisissituaties vaak de eerste hulpverleners ter plaatse te zijn. Door een korpsbrede vorming is er veel meer kans dat een opgeleide politieambtenaar met dienst is en kan er de-escalerend opgetreden worden. Andere korps- en benadrukken vooral het belang van een eerstelijns ploeg die met kennis van zaken kan optreden maar die bijkomend geweldsituaties kan

---

inschatten en, indien nodig, zelf gepast geweld kan gebruiken (REULAND, 2004, 17). Bij pure hulpverleners is die competentie minder aanwezig ...

### **11.7. VERMIJDEN VAN GEWELD**

Het gebruik van geweld in crisissituaties met geesteszieke personen is ook ons land jammer genoeg *hot news* gebleken. We verwijzen nogmaals naar het overlijden van Jonathan Jacob. Welke lessen kun je nu als politiekorps trekken uit dit Belgische voorval en uit de negatieve ervaringen met politieel omgaan met geesteszieken (o.a. *police killings*) in het buitenland.<sup>34</sup> We menen dat Reuland (2004, 19) ons hier op weg kan helpen. In een politiegids geeft ze een stappenplan weer voor politiediensten die willen starten met een specifiek politieprogramma rond geesteszieke personen.

Het stappenplan vertrekt juist vanuit de negatieve ervaringen die korpsen kunnen hebben met een geesteszieke persoon of vanuit de vaststelling van een stijging van het aantal tussenkomsten met geesteszieke personen. De negatieve gebeurtenis of de stijging van het aantal politietussenkomsten zijn met andere woorden de (externe) *trigger* en motivatie om het voortaan anders aan te pakken.

Zodra duidelijk is dat er winst gehaald kan worden in de manier waarop omgegaan wordt met geesteszieken, kan de verkenning van de verschillende gehanteerde politiemodellen plaatsvinden. Dat kan aan de hand van literatuurstudie, werkbezoeken, bespreking in multidisciplinaire werkgroepen. Na de keuze van het meest geschikte politiemodel volgt de 'lokale' vertaling en het zoeken naar partners. Training is de volgende stap en ten slotte volgt de marketing of de openbaarmaking van het samenwerkingsverband naar de samenleving in haar geheel en naar hulpbehoevende personen en hun omgeving in het bijzonder.

### **11.8. INFORMATIEDELING**

Een ander element dat een rol kan spelen in de omgang met een geesteszieke persoon is de beschikbaarheid van informatie over de persoon. Die randinformatie heeft niet alleen betrekking op wat in de politiedatabanken zit (zoals eerdere tussenkomsten) (ADELMAN, 2003, 6), maar ook op welke informatie

---

34 In 2009 verscheen in het Verenigd Koninkrijk het Bradley Report. Dit rapport was de 'politieke' reactie op een spijtig voorval in Engeland met een geesteszieke. Verschillende malen was de politie opgeroepen voor een interventie met een persoon, maar de politie had de 'signalen van mentale verwardheid' niet terdege opgenomen ...

ter beschikking is bij de GGZ of hulpverleningssector. Daarom is een zo breed mogelijke informatieoverdracht naar de tussenkommende politieploeg belangrijk (COLEMAN en COTTON, 2010, 45).

In tweede instantie is ook de informatieoverdracht vanuit de politie naar de hulpverleners van belang voor het behandelingstraject (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 8). Welke informatie op een wettelijke manier, wanneer en hoe doorgegeven kan worden, kan het best opgenomen worden in een lokaal protocol (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 41).

In New Mexico brengen rechercheurs een nabezoek en zorgen ze voor follow-up bij tussenkomsten met geesteszieken om zo bij eventuele navolgende tussenkomsten een meer omvattend dossier te hebben.

De gespecialiseerde CIT-leden van de politie in Los Angeles hebben dan weer toegang tot de medische dossiers van de personen die doorverwezen werden en de psychiatrische crisisdiensten hebben omgekeerd toegang tot bepaalde delen uit het politiedossier.

Nog een andere vorm van informatie-uitwisseling vinden we in Madison (Wisconsin) waar de politiemensen die iemand doorverwezen hebben de mogelijkheid hebben om diens behandelingsplan in te kijken (ADELMAN, 2003, 15-16).

Sommige politiediensten in Canada en Australië ten slotte verplichten hun politiemedewerkers om bij tussenkomsten met geesteszieken een *mental health risk assessment form* in te vullen. Dat is een *two-page screening tool* die door de politieambtenaar op het terrein ingevuld wordt op basis van de uiterlijke signalen die hij waarneemt zoals agressiviteit, suïcidaal gedrag en opname van verdovende middelen. Ingeval de geesteszieke overgebracht wordt naar een ziekenhuis, overhandigt de politie een kopie van dit formulier aan de zorgverleners (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 37). We voegen twee voorbeelden toe als bijlage.

### **11.9. REGISTRATIE**

Net als Adelman (2003, 18), Biasotti (2011, 17) en Fischman *e.a.* (*s.d.*, 18) vinden we het belangrijk dat de politie beter werk maakt van de registratie van de tussenkomsten met geesteszieke personen.

---

Door te beschikken over degelijke statistieken kan de omvang van het probleem beter geschetst worden en kunnen partnerschappen misschien meer concreet vorm krijgen omdat ze verantwoordelijken en bevoegdheden voor oplossingen meer zichtbaar maken.

#### **11.10. VERKORTEN VAN DOORLOOPTIJDEN**

Het is van belang om bij het overbrengen naar een psychiatrische spoedafdeling de doorlooptijd minimaal te houden. Dat niet alleen wegens de hoge kosten van de wachtende politiemensen, maar vooral vanuit het oogpunt van de hulpbehoevende ... (PROVINCIAL HUMAN SERVICES ..., 2011, 7).

Het Canadese *Blueprint for Change*-rapport (BRITISH COLUMBIA SCHIZOFRENIA SOCIETY, 2006, 12-13) geeft de volgende drie aanbevelingen voor een vermindering van de wachttijden in spoedafdelingen:

- ✓ opmaak van lokale protocols politieziekenhuizen;
- ✓ goede kennis van het wettelijk kader bij politie en zorgverleners;
- ✓ evaluatie van bestaande afhandelpraktijken.

#### **11.11. ONTWIKKELING VAN EEN POLITIONEEL DRAAIBOEK EN INTERVENTIEFICHES**

Politiemensen houden van checklists, nota's, stroomschema's, gidsen, draaiboeken enzovoort. Ze helpen ons professioneel omgaan met de complexiteit van de materies die we in het dagelijks werk tegenkomen. Ook voor het omgaan met geesteszieke personen zou de politie baat hebben bij een politioneel draaiboek dat in crisissituaties ter hand kan worden genomen.

In het buitenland bestaan dergelijke *guides* met *guidelines* al langer. Zo heeft het US Department of Justice een *problem-specific guide* 'People with Mental Illness' (CORDNER, *The Problem ...*, 68 p.). Draaiboeken kunnen enerzijds helpen om incidenten te voorkomen en anderzijds er de meest geschikte reactie op te geven. Ze bevatten ook vaak succesvolle praktijken van andere politiediensten.

#### **11.12. INITIATIEVEN VANUIT DE ZORGSECTOR**

De federale overheid ondersteunt de uitwerking en de ontwikkeling van psychiatrische urgentiediensten en heeft daartoe verschillende projecten mee opgezet voor onder meer middelengerelateerde stoornissen (DE FRUYT, *s.d.*).

In 2009 groeide onder minister Onkelinx het idee om mobiele crisisteams of psychiatrische MUG's op te richten. Zo'n team zou een regio van ongeveer 300 000 inwoners moeten bestrijken en de klok rond bereikbaar moeten zijn ... (ZORGNET VLAANDEREN, *s.d.*). Zover zijn we echter nog niet!

Begin 2013 zijn verschillende Gentse ziekenhuizen, in navolging van initiatieven in Leuven en Brugge, wel van start gegaan met inzet van een mobiel crisisteam.<sup>35</sup> De opzet van het project is om gespecialiseerde thuishulp te bieden aan volwassenen met een psychiatrische problematiek die een crisis doormaken. Het mobiele team bestaat uit psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, een ergotherapeut, psychiaters, een criminoloog, een maatschappelijk werker en psychiaters die coördineren. Het vernieuwende in het project is dat vroeger huisartsen en zorgverleners vaak als enige uitweg in de crisissituatie een gedwongen opname konden voorstellen. Het mobiel crisisteam speelt hier op in en werkt eigenlijk opnamevermijdend (DE FRUYT, *s.d.*). Maximaal één maand lang kan een intensieve begeleiding van de geesteszieke in zijn eigen omgeving verzorgd worden, met een eigen zorgnetwerk.

Verder wordt het mobiele crisisteam ook opnameverkortend, omdat begeleiding ook kan na een verblijf in een ziekenhuis. De personen kunnen in zo'n geval aangebracht worden door het OCMW, huisartsen én politie. Tijdens het eerste kwartaal na de start in Gent werden reeds 130 personen aangemeld (VANAUDENHOVE, 2013).

Het mobiel team past in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg en werkt dus vooral in de fase voor of na een crisissituatie met als doel een ziekenhuisopname te vermijden. Mobiele teams dienen preventief te werken en zorg op maat aan te bieden.<sup>36</sup> Uit een antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op een parlementaire vraag wordt duidelijk dat het zeker de bedoeling niet is van de mobiele teams om ze in te schakelen voor urgentiesituaties of gevallen waarin een patiënt krachtens een beschermingsmaatregel dient te worden opgenomen.<sup>37</sup> Hieruit volgt dat noch de politie, noch een burger met andere woorden een mobiel team kan oproepen; voor crisissituaties blijven de reguliere spoeddiensten bevoegd.

35 Vr. nr. 5 BART DE NIJN 18 maart 2013, 8541.

36 [www.amandus.be/Portals/0/Website/Home/Presentaties/MCTMBT.pdf](http://www.amandus.be/Portals/0/Website/Home/Presentaties/MCTMBT.pdf).

37 Vr. nr. 5 BART DE NIJN 18 maart 2013, 8541.

---

### **11.13. INFORMATIEBROCHURE**

De Nederlandse politie heeft vanuit haar visie dat de samenwerking tussen politie en GGZ beter moet, verschillende initiatieven genomen. We hebben er al een aantal opgesomd. Een nog niet aangehaald initiatief is de informatiebrochure *Ketensamenwerking met zorginstellingen – een informatiebrochure voor politiemensen in de regio Utrecht* (SLIJPEN, 2009, 25 p.). Met dit zeer uitgebreide document is geprobeerd om politiemensen wat wegwijs te maken in de complexe wereld van GGZ. Het biedt een overzicht van de wetgeving, de bestaande crisisdiensten, gewenste gedragslijnen voor verschillende crisissituaties, een taakverdeling per tussenkomende actor in crisissituaties, de inhoud van convenants, een verduidelijking van afspraken rond vervoer van geesteszieken enzovoort.

### **11.14. OVERTUIGING POLITIEMENSEN**

Een belangrijke succesfactor blijft het overtuigen van het politiepersoneel van de effectiviteit van een vernieuwde aanpak. Volgens Reuland is het belang om hier voldoende aandacht aan te besteden zodat politiemensen het project niet beschouwen als de zoveelste vernieuwing in het politiewerk en bereid gevonden worden om mee te investeren (REULAND, 2004, 28-29).

### **11.15. MEER ALGEMENE AANBEVELINGEN**

Meer algemene aanbevelingen vinden we in het *Blueprint for Change*-rapport uit Canada. Onder meer de volgende beleidsinitiatieven worden aanbevolen (BRITISH COLUMBIA SCHEZOFRENIA SOCIETY, 2006:14-15):

- ✓ de oprichting van een interministerieel comité om de werkelijke kosten van de dienstverlening aan geesteszieke personen en hun familie te berekenen; input dient daarbij verkregen te worden van alle overheidsdiensten (politie, justitie, gezondheidszorg enz.);
- ✓ de verdere ontwikkeling van protocolakkoorden en liaisons tussen GGZ en politie;
- ✓ het opzetten van educatieve en trainingsprojecten voor politiemensen, zorgverleners, jeugdwerkers, justitiemedewerkers enz.;
- ✓ het opzetten van vroegtijdige detectie en eventueel interventieprogramma's bij jongeren;
- ✓ het op gang brengen van *case-management* voor geesteszieken.

De International Association of Chiefs of Police benadrukt, behalve de hiervoor vermelde aanbevelingen, dan weer sterk dat de decriminaliseringstendens

voortgezet moet worden, niet alleen omwille van de duurzaamheid van de oplossing en het belang voor de patiënt, maar ook omwille van de kostenefficiëntie (X, *Building safer communities ...*, 13).

Voor een kwaliteitsvolle terreinaanpak van een crisissituatie met een geestesziek persoon zijn volgens Reuland (2004, 15) drie elementen van belang:

- ✓ een politionele ‘diagnose’ of inschatting van de aanwezigheid (van symptomen) van een geestesziekte;
- ✓ de beschikbaarheid en toegankelijkheid van crisisopvangdiensten;
- ✓ het vervoer naar de crisisopvangdienst.

We besluiten deze aanbevelingen met een verwijzing naar een artikel van Jochoms en Putman die stellen dat ‘een incidentgerichte aanpak, op basis van ervaringskennis, minder geslaagd is en dat een probleemgerichte aanpak met meer beleidsmatige borging gewenst is’. De aanpak van crisissituaties met geesteszieke personen is daarom niet alleen een taak van de politie, maar van alle ketenpartners. ‘Het paradoxale aan deze interactieve beleidsvorming is wel dat juist door samen te werken de eigen verantwoordelijkheden en kerntaken eerst goed afgebakend en benoemd moeten worden’ (JOCHOMS en PUTMAN, *s.d.*, 8).

## 12. **BESLUIT**

Een artikel geeft algemene kennis over een onderwerp weer en is niet zozeer een verslag van alle bestaande wetenschappelijke kennis of praktijkervaringen. In deze bijdrage kwamen beide echter een beetje aan bod. We hebben enerzijds geprobeerd om de scope van het politionele probleem rond omgaan met geesteszieken te schetsen. Zo werden een aantal algemene praktijken met betrekking tot psychiatrische crisismomenten besproken en werden ook een aantal factoren geïdentificeerd die de problematiek versterken. Anderzijds werden een aantal toekomstmogelijkheden voor de politie beschreven. We zijn er ons dus zeker van bewust dat een aantal onderwerpen rond omgaan met geesteszieke personen onvoldoende of niet besproken werden. Als onderwerpen die geen behandeling hebben kunnen vinden, kunnen we bijvoorbeeld aanhalen: de rechten van geesteszieke personen in hun contact met de politie en de aangestelde geneesheer, de opname van geesteszieke minderjarigen, de rol van de politie bij maatregelen zoals fixatie en isolatie, de impact van het politieoptreden in crisissituaties met geesteszieken op familieleden en kinderen in het bijzonder ... De uitwerking van al deze vraagstukken zou aanzienlijk meer tijd en wellicht een gedeeltelijk andere benadering gevergd hebben.

---

Met het artikel hebben we hopelijk wel een solide basis gelegd om het toekomstig politieel omgaan met geesteszieken op sommige vlakken te optimaliseren. Maar de politie kan dat niet alleen. Besluiten willen we daarom met het benadrukken van het belang van het opzetten van een lokaal partnerschap, het structureel voorzien van gemengde vorming-, trainings- en opleidingsinitiatieven voor politiemensen en zorgverstrekkers en de effectieve dienstverlening en zorg voor geesteszieken en hun familie.

*To prevent an effect from occurring at all requires a force equal to the cause of that effect, but to give it a new direction often requires only something very trivial.*  
(G.C. LICHTENBERG, *The Waste Book*, 2000)



### 13. BIJLAGEN

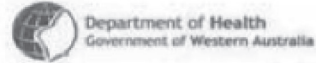
#### 1. Mental Health Risk Assessment Form Canada

[MENTAL HEALTH SERVICE] <b>BRIEF RISK ASSESSMENT</b>				SURNAME:		UMRN:	SEX:		
				FORENAMES:		BIRTHDATE:			
				PATIENT'S ADDRESS:					
<b>SOURCE OF INFORMATION</b>		<input type="checkbox"/> The consumer		<input type="checkbox"/> Immediate carer (parent, spouse, child)					
<input type="checkbox"/> Other informants (family, friends)		<input type="checkbox"/> Previous clinical records		<input type="checkbox"/> Assessing clinician's knowledge of consumer's past behaviour/current clinical presentation					
<input type="checkbox"/> Police/ambulance/other agencies		<input type="checkbox"/> Other (please specify): _____							
<b>SUICIDALITY</b>		Yes (1)	No (0)	Not Known	<b>Dynamic (current) risk factor</b>		Yes (2)	No (0)	Not Known
<b>Static (historical) factors</b>									
Previous attempt(s) on own life		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expressing suicidal ideas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previous serious attempt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has plan/intent		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family history of suicide		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expresses high level of distress		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Major psychiatric diagnosis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hopelessness/perceived loss of coping or control over life		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Major physical disability/illness		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recent significant life event		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separated/Widowed/Divorced		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reduced ability to control self		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loss of job/retired		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Current misuse of drugs/alcohol		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PROTECTIVE FACTORS (describe) :</b>									
<b>LEVEL OF SUICIDE RISK (total score):</b> <input type="checkbox"/> <b>LOW (&lt;7)</b> <input type="checkbox"/> <b>MODERATE (7-14)</b> <input type="checkbox"/> <b>HIGH (&gt;14)</b>									
<b>AGGRESSION/VIOLENCE</b>		Yes (1)	No (0)	Not Known	<b>Dynamic (current) risk factor</b>		Yes (1)	No (0)	Not Known
<b>Static (historical) factors</b>									
Recent incidents of violence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expressing intent to harm others		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previous use of weapons		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Access to available means		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Male		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paranoid ideation about others		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 35 years old		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violent command hallucinations		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criminal history		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anger, frustration or agitation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previous dangerous acts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preoccupation with violent ideas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Childhood abuse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inappropriate sexual behaviour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Role instability		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reduced ability to control self		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
History of drug/alcohol misuse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Current misuse of drugs/alcohol		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PROTECTIVE FACTORS (describe) :</b>									
<b>LEVEL OF VIOLENCE RISK (total score):</b> <input type="checkbox"/> <b>LOW (&lt;7)</b> <input type="checkbox"/> <b>MODERATE (7-14)</b> <input type="checkbox"/> <b>HIGH (&gt;14)</b>									
<b>OTHER RISKS IDENTIFIED (AND RISK FACTORS)</b>									
<b>RISK MANAGEMENT ISSUES (please ensure alerts are noted here)</b>									
<small>(To be completed by assessing clinician)</small>									
<b>PRINT NAME:</b>		<b>DESIGNATION:</b>		<b>SIGNATURE:</b>		<b>DATE:</b>			
<small>(Where appropriate, management plan to be acknowledged by requesting medical practitioner)</small>									
<b>PRINT NAME:</b>		<b>DESIGNATION:</b>		<b>SIGNATURE:</b>		<b>DATE:</b>			

BRIEF RISK ASSESSMENT

COMPLETE AND ATTACH THE PSOLIS CLIENT MANAGEMENT PLAN

2. Mental Health Risk Assessment Form Australië



**Mental Health Transport Risk Assessment Form**

This form is to be used by services in order to identify the following:  
**SECTION 1: Assessed by SECTION 2: Personal Particulars SECTION 3: Risk Assessment SECTION 4: Result of Assessment**

**THIS FORM IS USED TO ASSESS RISK ASSOCIATED WITH MENTAL HEALTH TRANSPORTATION ONLY AND SHOULD NOT REPLACE INDIVIDUAL AGENCY OPERATIONAL OR CLINICAL PROTOCOLS.**

*The purpose of information sharing is to ensure each agency has sufficient information to enable them to provide effective and appropriate services. Collection and disclosure should be limited to personal information that is necessary and relevant to these purposes and occur in accordance with Section 206 of the Mental Health Act 1996.*

**SECTION 1 - MEDICAL or AUTHORISED PRACTITIONER:** \_\_\_\_\_  
**CENTRE / CLINIC / HOSPITAL:** \_\_\_\_\_  
**TREATED ON:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **CURRENTLY ON C.T.O.:** YES  NO   
Indicate by placing a  or  in either box.  
**FORM NUMBER:** \_\_\_\_\_

**SECTION 2 - PERSONAL PARTICULARS**  
**SURNAME:** \_\_\_\_\_ **GIVEN NAMES:** \_\_\_\_\_  
**DATE OF BIRTH:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **LANGUAGE SPOKEN:** \_\_\_\_\_  
**ADDRESS:** \_\_\_\_\_  
Add the consumer's current residential address in this field. If the consumer is located at another place, record the address and location in the notes field supplied in Section 3.  
**Is the person currently receiving treatment for a mental illness?** YES  NO   
Indicate by placing a  or  in either box.

RISK ASSESSMENT MATRIX		CONSEQUENCES			
		1- INSIGNIFICANT	2- MINOR	3 - MODERATE	4 - MAJOR
LIKELIHOOD	A= ALMOST CERTAIN	(H) HIGH	(H) HIGH	(E) EXTREME	(E) EXTREME
	B= LIKELY	(M) MEDIUM	(M) MEDIUM	(H) HIGH	(E) EXTREME
	C= POSSIBLE	(L) LOW	(M) MEDIUM	(M) MEDIUM	(H) HIGH
	D= UNLIKELY	(L) LOW	(L) LOW	(M) MEDIUM	(H) HIGH
	E= RARE	(L) LOW	(L) LOW	(L) LOW	(M) MEDIUM

Tick **IMPORTANT:** Police will assist with a high risk transport only-this is a transport that falls into the Extreme or High risk categories.

<input type="checkbox"/>	(E) EXTREME	SEVERE DISTURBANCE OF MENTAL STATE (ACUTE): Psychosis (particularly paranoid beliefs and command hallucinations), mania, severe emotional disturbance, agitation (including delirium / dementia & intoxication states) and recent, current or anticipated dangerous behaviour (ie self harming, suicidal, aggressive, destructive, markedly disorganised or irrational and/or identifies targets for violence (victims)). History of impulsivity. Disengaged from treatment and actively refusing treatment.
<input type="checkbox"/>	(H) HIGH	DANGEROUSNESS TO SELF OR OTHERS (CHRONIC): Repeated and escalating, recent aggression, serious threats or weapons use, serious self harm / suicide attempts together with acute disturbance of mental state, chronic pattern of highly impulsive / hostile behaviour.
<input type="checkbox"/>	(M) MEDIUM	Past suicide attempts or aggression but not escalating recently. Current emotional arousal (anger/frustration/distress) without clear plan to harm self or others. No current access to weapons. Unstable or disengaging social supports but supports still present. Suspicious of treatment and/or reluctant to engage. Some impulsivity and difficulty controlling emotions. Moderate drug or alcohol use. Has some reasons to not harm self or others.
<input type="checkbox"/>	(L) LOW	Currently engaged in treatment and compliant, able to be engaged. Supportive relationships. Stable living situation. No agitation, calm presentation, behaviour organised. Not intoxicated. Able to manage emotions. No or distant past episodes of violence or suicide. Can generate many reasons not to harm self or others.

The Risk Assessment Matrix identifies four categories in which mental patient transports are conducted. The matrix in conjunction with additional notes, should assist in deciding the level of risk associated with the transport.

**RISK ASSESSMENT NOTES** This section has been provided to record notes relevant to the risk assessment. Details such as next of kin/trusted friend, location of crisis, consumers behaviour and/or demeanour, current or history of mental illness/treatment, severity of situation and agency response can be recorded here.

Risk Summary:

Transport risk issue:

Medical risk that may impact on safe escort (e.g. heart condition, epilepsy):

Sensory impairment (e.g. sight, hearing, intoxication):

Access to weapons, concealed or otherwise:

Delusional systems that may impact on safe escort (e.g. fear of authority figures):

ALL STAFF INVOLVED IN TRANSPORTATION ARE REQUIRED TO UTILISE UNIVERSAL PRECAUTIONS TO AMELIORATE THE RISK OF INFECTIOUS DISEASES

**SECTION 4 - RESULT OF ASSESSMENT**

Having conducted a risk assessment in relation to the request for transport assistance, it has been determined that:

POLICE ARE REQUIRED  POLICE ARE NOT REQUIRED  FORM 3 SIGNED

Please circle risk level

Low	Medium	High	Extreme
-----	--------	------	---------

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_ HRS

## 14. BIBLIOGRAFIE

- ✓ AARDOOM, H., HUISMAN-WOLFS, M. en NIJS, H., "Psychiatrische patiënten op het politiebureau in de regio Zuid-Holland Zuid: beoordeling door de wachtdienst van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst" *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 2002, p. 1792; [www.ntvg.nl/publicatie/psychiatrische-pati%C3%83%C283%C382%C2%ABnten-op-het-politiebureau-de-regio-zuid-holland-zuid-beoordeling-door/volledig](http://www.ntvg.nl/publicatie/psychiatrische-pati%C3%83%C283%C382%C2%ABnten-op-het-politiebureau-de-regio-zuid-holland-zuid-beoordeling-door/volledig).
- ✓ ADELMAN, J. (2003). *Study in Blue and Grey, Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses*, Canadian Mental Health Association, 33 p.;  
Advies nr. 21 van 10 maart 2003 betreffende 'gedwongen behandeling bij gedwongen opname', Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, [www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Committees/Bioethics/Opinions/.Um6yCfk3uAo](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Committees/Bioethics/Opinions/.Um6yCfk3uAo), 27 p. <http://2010.cmha.bc.ca/files/policereport.pdf>.
- ✓ ANTWI, C, FLYNN, A., e.a., "Transferring people with mental illness from emergency department to acute mental health wards: survey of contemporary practice", *Psychiatric Bulletin* 2006, 30, 447-449, <http://pb.rcpsych.org/content/30/12/447.full>.
- ✓ AROMAA, E., *Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland*, National Institute for Health and Welfare, 2011, 87 p., <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37001/978-952-245-525-3.pdf?sequence=1>.
- ✓ BATHER, P., FITZPATRICK, R. en RUTHERFORD, M., *Briefing 36: The police and mental health*. Sainsbury Centre for mental health, 2008, 16 p., [www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/briefing36\\_police\\_and\\_mental\\_health.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/briefing36_police_and_mental_health.pdf).
- ✓ BIASOTTI, M. (2011). *The Impact of Mental Illness on Law Enforcement Resources*, Treatment Advocacy Center Virginia, 220 p., [www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/The\\_Impact\\_of\\_Mental\\_Illness\\_on\\_Law\\_Enforcement\\_Resources\\_\\_TAC.pdf](http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/The_Impact_of_Mental_Illness_on_Law_Enforcement_Resources__TAC.pdf). BISSELING, E. en BRAAM, A., "Tijdslimieten in de samenwerking tussen politie en crisisdienst: een praktijkevaluatie in Utrecht" *Tijdschrift voor de psychiatrie* 2009, 51, 687-691, [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/416/articles/2858](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/416/articles/2858).
- ✓ BITTNER, E. (s.d.). Police Discretion in Emergency Apprehension of Mentally Ill Persons. *Social Problems*, 14, 278-292.

- ✓ BONIGHTON, R. (2012). *Policing people who appear to be mentally ill*, 57 p., [www.ibac.vic.gov.au/docs/default-source/opi-parliamentaryreports/policing-people-who-appear-to-be-mentally-ill--nov-2012.pdf?sfvrsn=4](http://www.ibac.vic.gov.au/docs/default-source/opi-parliamentaryreports/policing-people-who-appear-to-be-mentally-ill--nov-2012.pdf?sfvrsn=4).
- ✓ BRADLEY, K. (2009). The Bradley Report – Lord Bradley’s review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system, 173 p., [www.onderstreden.rcpsych.ac.uk/pdf/Bradley%20Report11.pdf](http://www.onderstreden.rcpsych.ac.uk/pdf/Bradley%20Report11.pdf).
- ✓ BRITISH COLUMBIA SCHIZOPHRENIA SOCIETY *Police Intervention in Emergency Psychiatric Care: A Blueprint for Change*, 2006, 16 p.; [www.bcscs.org/wp-content/uploads/2008/02/blueprint-for-changesummary.pdf](http://www.bcscs.org/wp-content/uploads/2008/02/blueprint-for-changesummary.pdf).
- ✓ BRUFFAERTS, R., DEMYTTENAERE, K. en CLAES, S., “Urgentiepsychiatrie in België; een uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg” *Tijdschrift voor psychiatrie* 2008, 50, 35-39, [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_2274pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2274pdf.pdf).
- ✓ BUREAU OF JUSTICE ASSISTANCE US DEPARTMENT OF JUSTICE (s.d.). *Improving Responses to People with Mental Illness – Tailoring Law Enforcement Initiatives to Individual Jurisdictions*, 52 p., [www.bja.gov/Publications/CSG\\_LE\\_Tailoring.pdf](http://www.bja.gov/Publications/CSG_LE_Tailoring.pdf).
- ✓ CLARKE, D. (2010). *Cheshire Constabulary Force Procedures Mental Health*, 16 p., [www.cheshire.police.uk/advice-information/freedom-of-information/publication-scheme/policies-and-procedures.aspx](http://www.cheshire.police.uk/advice-information/freedom-of-information/publication-scheme/policies-and-procedures.aspx).
- ✓ CLAYFIELD, J., FLETCHER, K. en GRUDZINKAS, A. (s.d.), *Armed with an Attitude: Validation of the Mental Health Attitude Survey for Police (MHASP)*, Center for Mental Health Services Research – University of Massachusetts Medical School, <http://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=pib>.
- ✓ CLAYFIELD, J. en FLETCHER, K. (s.d.), *Copping an Attitude? Assessing Police Attitudes about Persons with Mental Illness*. Center for Mental Health Services Research – University of Massachusetts Medical School, <http://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1021&context=pib>.
- ✓ COLEMAN, T. en COTTON, D. (2010, mei). *Police Interactions with Persons with a Mental Illness: Police Learning in the Environment of Contemporary Policing*, 89 p., [www.mentalhealthcommission.ca/English/document/431/police-interactions-persons-mental-illnesspolice-learning-environment-contemporary-pol](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/431/police-interactions-persons-mental-illnesspolice-learning-environment-contemporary-pol).
- ✓ COTTON, D. en COLEMAN, T., *Understanding Mental Illness: A Review and Recommendations for Police Education & Training in Canada*, 2010, 67 p.

- 
- ✓ COTTON, D. en COLEMAN T., Contemporary Guidelines for working with the Mental Health System, Mental Health Subcommittee of the Canadian Association of Chiefs of Police (CACP), 2006, [www.pmhl.ca/webpages/reports/Guidelines%20for%20Police.pdf](http://www.pmhl.ca/webpages/reports/Guidelines%20for%20Police.pdf), 9 p.
  - ✓ CORDNER, G. (s.d.). *People with Mental Illness*. US Department of Justice – Office of Community Oriented Policing Services, Problem-Oriented Guides for Police, Problem-Specific Guides Series, nr. 40, 68 p.; <http://cops.usdoj.gov/Publications/e04062003.pdf>.
  - ✓ CORDNER, G. (s.d.). *The Problem with People with Mental Illness*; [www.popcenter.org/problems/mental\\_illness](http://www.popcenter.org/problems/mental_illness).
  - ✓ COSYNS, P, KOECK, S. en VERELLEN, R. (2008). De justitiabele met een psychische stoornis in Vlaanderen. *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 50, 63-68, [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_2286pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2286pdf.pdf).
  - ✓ COTTON, D. (s.d.). The attitudes of Canadian police officers toward the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 135-146.
  - ✓ COTTON, D. en COLEMAN, T. (s.d.). *Contemporary Policing Guidelines for Working with the Mental Health System*, 9 p., [www.pmhl.ca/webpages/reports/Guidelines%20for%20Police.pdf](http://www.pmhl.ca/webpages/reports/Guidelines%20for%20Police.pdf).
  - ✓ COTTON, D. en COLEMAN T. (2006). *Contemporary Guidelines for working with the Mental Health System*. Mental Health Subcommittee of the Canadian Association of Chiefs of Police (CACP), 9 p., [www.pmhl.ca/webpages/reports/Guidelines%20for%20Police.pdf](http://www.pmhl.ca/webpages/reports/Guidelines%20for%20Police.pdf).
  - ✓ COTTON, D. en COLEMAN, T. (2010). *Understanding Mental Illness: A Review and Recommendations for Police Education & Training in Canada*, 67 p.
  - ✓ CUMMINGS, I. en JONES, S. (2010). Blue remembered skills: mental health awareness training for police officers. *The Journal of Adult Protection*, 12 (3), 14-19; <http://usir.salford.ac.uk/9613>.
  - ✓ DE FRUYT, J. (s.d.). *Urgentiepsychiatrie: zoekend naar een eigen plaats, woordenschat en middelen*; [www.paaz.be/public/LezingTeksten004.php](http://www.paaz.be/public/LezingTeksten004.php).
  - ✓ DE GROOF, M., BIANCHI, J. e.a. (2010). *Een monitoring van de mensenrechten en algemene gezondheidszorg in België*. ITHACA – Lucas, 635 p., [www.kuleuven.be/lucas/pub/publi\\_upload/2010\\_7\\_MDG\\_ITHACA.pdf](http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2010_7_MDG_ITHACA.pdf).
  - ✓ DELBROUCK, I. (2010, 16 april). *Parketrichtlijn procedure inzake gedwongen opname*; [www.ordomedic.be/news](http://www.ordomedic.be/news).
  - ✓ DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (s.d.). *Attitudes toward Mental Illness – Results form the Behavioral Risk Factor Surveillance System*, 302 p., [www.cdc.gov/hrqol/mental\\_health\\_reports/pdf/brfss\\_full-report.pdf](http://www.cdc.gov/hrqol/mental_health_reports/pdf/brfss_full-report.pdf).

- ✓ DEPLA, T., “Politie en ziekenhuis in Sint-Truiden sluiten samenwerkingsprotocol af”, [www.polinfo.be/NewsView.aspx?contentdomains=POLINFO&id=VS300106455](http://www.polinfo.be/NewsView.aspx?contentdomains=POLINFO&id=VS300106455) (6 mei 2013).
- ✓ DE RUITER, C., PETERS, M. en SMEETS, T., “Psychiatrische kwetsbare verdachten tijdens het politieverhoor: nut en noodzaak van psychologische expertise” *GZ-psychologie* 2010, 1, 18-23, [www.corinederuiteur.eu/file.php?nr=87](http://www.corinederuiteur.eu/file.php?nr=87).
- ✓ DE RYCKE, R. (s.d.). *Laat politie en psychiatrie samen werken*. ZORGNET VLAANDEREN, [www.zorgnetvlaanderen.be/nieuws/Pages/OpenBriefRafDeRycke.aspx](http://www.zorgnetvlaanderen.be/nieuws/Pages/OpenBriefRafDeRycke.aspx).
- ✓ DHOSSCHE, D. en GHANI, S. (s.d.) “Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates” *General Hospital Psychiatry*, 20, 235-240.
- ✓ DIRECTORATE-GENERAL FOR HEALTH AND CONSUMERS, *Mental Health in the EU – Key Facts, Figures, and Activities*, A background paper provided by the SUPPORT-project, 2008, 44 p., [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/background\\_paper\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/background_paper_en.pdf).
- ✓ DRENTH, R. (s.d.). *De geestelijk gestoorde tussen wal en schip*, 13-16, <http://rechten.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Tijdschriften/Ontmoetingen/Nr02/Drenth/Drenth.pdf>.
- ✓ FISCHMAN, C., COHEN, J. e.a. (s.d.). *Police Interactions with Individuals in Psychiatric Crisis*, 24 p., [www.networkofcare.org/library/PoliceInteractionswithIndividualsinPsychiatricCrisis.pdf](http://www.networkofcare.org/library/PoliceInteractionswithIndividualsinPsychiatricCrisis.pdf).
- ✓ FOD BINNENLANDSE ZAKEN EN FOD VOLKSGEZONDHEID (s.d.). *Stop agressie in ziekenhuizen – Handleiding voor een programma voor preventie van agressie in ziekenhuizen*, 56 p., [www.zorgnetvlaanderen.be/nieuws/Documents/hou%20het%20hoofd%20koel%20handboek%20preventie.pdf](http://www.zorgnetvlaanderen.be/nieuws/Documents/hou%20het%20hoofd%20koel%20handboek%20preventie.pdf).
- ✓ GEENS, K. *Justitieplan. Een efficiënte Justitie voor meer rechtvaardigheid*, [www.koengeens.be/justitieplan](http://www.koengeens.be/justitieplan), 135 p.
- ✓ GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, *Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoezorg*, 2005, 13 p., [www.ggdkennisnet.nl/?file=6972&m=1327499473&action=file.download](http://www.ggdkennisnet.nl/?file=6972&m=1327499473&action=file.download).
- ✓ GOLDSTEIN, H., *Policing in a free society*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1977 371 p.
- ✓ GREEN, T., “Police as frontline mental health workers: the decision to arrest or refer to mental health agencies” *International Journal of Law and Psychiatry* 1997, 20, 469-486, [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252797000113](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252797000113).

- 
- ✓ HARTE, J., VAN LEEUWEN, M. en THEUWS, R., “Agressie en geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie; aard, omvang en strafrechtelijke reactie” *Tijdschrift voor de psychiatrie* 2013, 55, 325-335.
  - ✓ HAZELHOFF, T. en VERDONSCHOT, T. (2001 en 2011). *Omgaan met problematisch gedrag – een handleiding voor de basispolitiezorg*. 's-Gravenhage: Uitgeverij Elsevier Bedrijfsinformatie BV.
  - ✓ HERCZ, R. (s.d.). *Psychopaths among us*; [www.hare.org/links/saturday.html](http://www.hare.org/links/saturday.html).
  - ✓ JOCHOMS, T. en PUTMAN, M. (s.d.) “Stakkers of rakkers?: Kerntaken van de politie met betrekking tot crisisopvang van mensen in psychosociale en/of psychische nood”, 7 p., [www.websitevoordepolitie.nl/archief/stakkers-of-rakkers-kerntaken-van-de-politie-met-betrekking-tot-crisisopvang-van-mensen-in-psychosociale-en-of-psychische-nood-154.html](http://www.websitevoordepolitie.nl/archief/stakkers-of-rakkers-kerntaken-van-de-politie-met-betrekking-tot-crisisopvang-van-mensen-in-psychosociale-en-of-psychische-nood-154.html).
  - ✓ JONGMANS, J. “Uitgangspunten voor een nieuwe wetgeving met betrekking tot geestelijk gestoorden” *Tijdschrift voor de psychiatrie* 1974, 16, 482-497, [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/381/articles/2545](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/381/articles/2545).
  - ✓ KAASENBROOD, A. ESTOURGIE, V. en BRANDT, R., “Mediasessies Politie en gedrag” *Tijdschrift voor de psychiatrie* 2010, 52, 4, [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/423/articles/7773](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/423/articles/7773).
  - ✓ KNOWLES, M. (s.d.), *Policing Persons wit Mental Illness In Georgia: Elucidating Perceptions of the Mental Health System*, Georgia State University, 111 p., [http://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=cj\\_theses](http://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=cj_theses).
  - ✓ LAGRANGE, T., “The role of police education in handling cases of mental disorder” *Criminal Justice Review* 2003, 28, 88-112, <http://cjr.sagepub.com/content/28/1/88.short>.
  - ✓ MATTHEWS, A. “Observations on Police Policy and Procedures for Emergency Detention of the Mentally Ill”, *Journal of Criminal Law and Criminology* 1970, 61 (2), 283-295, <http://scholarlycommons.law.northwestern.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5661&context=jclc>.
  - ✓ METROPOLITAN POLICE, *Standard Operating Procedure Mental Health*, 2011, 35 p., [www.met.police.uk/foi/pdfs/policies/mental\\_health\\_policy.pdf](http://www.met.police.uk/foi/pdfs/policies/mental_health_policy.pdf).
  - ✓ MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, “Circulaire nota aan de Ambulancediensten erkend in het kader van de Dringende Geneeskundige Hulpverlening”, JDP/ew/920302/ kx//DIV/39/463, 30 maart 1992, [www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@crisis/documents/ie2divers/7864444.pdf](http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@crisis/documents/ie2divers/7864444.pdf).



- ✓ MISTIK, S. en TURAN, T. “Change in medical students’ opinions and attitudes towards mental illness”, *Medicine and Society* 2005, 3, 25-26, [www.mejfm.com/Newarchives2013/Sep05\\_MEJFM.pdf](http://www.mejfm.com/Newarchives2013/Sep05_MEJFM.pdf).
- ✓ MOBIEL CRISISTEAM GENT (s.d.), *Extra Hulp bij acute psychiatrische crisis*, [www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20UZ%20letters/Mobiel+crisisteam.pdf](http://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20UZ%20letters/Mobiel+crisisteam.pdf).
- ✓ MULDER, C. en VAN HEMERT, A. (s.d.), “Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie” in *Handboek spoedeisende psychiatrie*, [www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/files/docs/110401\\_Handboek\\_Spoedeisende\\_Psychiatrie\\_H2.pdf](http://www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/files/docs/110401_Handboek_Spoedeisende_Psychiatrie_H2.pdf), 23-36.
- ✓ MULDER, W., DEKKER, J. en GIJSBERS VAN WIJK, C., “De Tijdelijke Overbruggingsafdeling in Amsterdam” *Tijdschrift voor psychiatrie* 2005, 47, 383-389, [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/222/articles/1374](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/222/articles/1374).
- ✓ NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, “Briefing Note on Establishing Multi-Agency Protocols for Responding to Mental Ill Health and Learning Disabilities”, <http://library.npia.police.uk/docs/npia/Briefing-Note-Multiagency-Protocols-Mental-Health2010.pdf>, 2010a.
- ✓ NATIONAL POLICING IMPROVEMENT AGENCY, *Guidance on Responding to People with Mental Ill Health or Learning Disabilities*, 208 p., [www.acpo.police.uk/documents/edhr/2010/201004EDHRMIH01.pdf](http://www.acpo.police.uk/documents/edhr/2010/201004EDHRMIH01.pdf), 2010b.
- ✓ PARKET ANTWERPEN – BURGERLIJKE SECTIE (s.d.). *Wat is gedwongen opname ter observatie – Informatiebrochure ten behoeve van de rechtszoekende*, [www.vredegerecht1stekantonantwerpen.be/pdf/vademecum.pdf](http://www.vredegerecht1stekantonantwerpen.be/pdf/vademecum.pdf).
- ✓ PARKET LEUVEN (s.d.). *Gedwongen opname*, [www.cass.be/parket/leuven/burg\\_zaken\\_gedwongen\\_opname.html](http://www.cass.be/parket/leuven/burg_zaken_gedwongen_opname.html).
- ✓ POUWELS, C. en VAN GELDER, J. (s.d.). *Verantwoord omgaan met afwijkend gedrag*, [www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/hborecord.view/?uploadId=avanshogeschool%3Aoi%3Arepository.av.nl%3A1937](http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/hborecord.view/?uploadId=avanshogeschool%3Aoi%3Arepository.av.nl%3A1937).
- ✓ PROVINCIAL HUMAN SERVICES AND JUSTICE COORDINATION COMMITTEE, *Police and Mental Health – A Critical Review of Joint Police/Mental Health Collaborations in Ontario*, 2011, 56 p., [www.ofcmhap.on.ca/sites/ofcmhap.on.ca/files/PHSICC\\_Police-MH\\_Final\\_Report\\_January\\_31\\_2011\\_0.pdf](http://www.ofcmhap.on.ca/sites/ofcmhap.on.ca/files/PHSICC_Police-MH_Final_Report_January_31_2011_0.pdf).
- ✓ RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK, “Advies nr. 21 betreffende ‘gedwongen behandeling bij gedwongen opname’”, 27 p., [www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Committees/Bioethics/Opinions/.Um6yCfk3uAo](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Committees/Bioethics/Opinions/.Um6yCfk3uAo), 10 maart 2003.

- 
- ✓ REULAND, M. (2004). *A Guide to Implementing Police-Based Diversion Programs for People with Mental Illness*, 39 p., [http://gainscenter.samhsa.gov/pdfs/jail\\_diversion/PERF.pdf](http://gainscenter.samhsa.gov/pdfs/jail_diversion/PERF.pdf).
  - ✓ RUIZ, A., LONG, B. en SCHNELL, R. (2005). *Psychiatric Emergency Response Team and Homeless Outreach Team: San Diego Police Department*, 12 p., [www.popcenter.org/library/awards/goldstein/2005/05-12.pdf](http://www.popcenter.org/library/awards/goldstein/2005/05-12.pdf).
  - ✓ RUIZ, J., "Interactive Analysis Between Uniformed Law Enforcement Officers and the Mentally Ill" *American Journal of Police* 1993, 12 (4), 149-177, [www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=154789](http://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=154789).
  - ✓ SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH (s.d.), *The police and mental health*, 16 p., [www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/briefing36\\_police\\_and\\_mental\\_health.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/briefing36_police_and_mental_health.pdf).
  - ✓ SCHAEFER MORABITO, M., "Horizons of Context: Understanding the Police Decision to Arrest People With Mental Illness" *Psychiatric Services* 2007, 58 (12), 1582-1587, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811044](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811044).
  - ✓ Vr. nr. 5-6897 van 24 augustus 2012 van Bert Anciaux aan de Vice-eersteminister en minister van Binnenlandse Zaken en Gelijke Kansen, herhaald op 24 juli 2013, [www.senate.be/www/?Mival=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=6897&LANG=nl](http://www.senate.be/www/?Mival=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=6897&LANG=nl).
  - ✓ Vr. nr. 5 BART DE NIJN 18 maart 2013, 8541, aan de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, [www.senate.be/www/?Mival=/Vragen/SVPrint&LEG=5&NR=8541&LANG=nl](http://www.senate.be/www/?Mival=/Vragen/SVPrint&LEG=5&NR=8541&LANG=nl).
  - ✓ SLIJPEN, H., *Ketensamenwerking met zorginstellingen – een informatiebrochure voor politiemensen in de regio Utrecht*, 25 p., [www.politieengedrag.nl/Informatiebrochure.pdf](http://www.politieengedrag.nl/Informatiebrochure.pdf) (juli 2009).
  - ✓ SMETS, H., VERELST, H. en VANDENBERGHE, J., "Geestesziek en gevaarlijk: gedwongen opname of internering", *Tijdschrift voor de psychiatrie* 2009, 51, 217-225, [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_2765pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2765pdf.pdf).
  - ✓ Standard Operating Procedure Mental Health, Metropolitan Police 2011, [www.met.police.uk/foi/pdfs/policies/mental\\_health\\_policy.pdf](http://www.met.police.uk/foi/pdfs/policies/mental_health_policy.pdf), 35 p.
  - ✓ STEADMAN, H., DEANE, M., BORUM, R. en MORISSEY, J., "Comparing Outcomes of Major Models of Police Responses to Mental Health Emergencies", *Psychiatric Services* 2000, 51 (5), 645-649.
  - ✓ TELLER, J., MUNETZ, M., GIL, K. en RITTER, C., "Crisis Intervention Team Training for Police Officers Responding to Mental Disturbance Calls", *Psychiatric Services* 2006, 57 (2), 232-237, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16452701](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16452701).

- ✓ TEPLIN, A. (s.d.), “Criminalizing mental disorder: the comparative arrest rate of the mentally ill”, *American Psychologist*, 39, 794-803.
- ✓ TEPLIN, L. (s.d.), “Handling of the mentally ill” in *Mental Health and Criminal Justice Managing disorder: Police*, Beverly Hills: Sage Publications, 157-176.
- ✓ TERVOORT, M. en LEUW, E. (s.d.). *Criminaliteit, gestoordheid en forensisch psychiatrische interventies*, 31 p., [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl).
- ✓ TUCKER, A., VAN HASSELT, V. en RUSSELL, S., *Law Enforcement Response to the Mentally Ill: An Evaluative Review*, Brief Treatment and Crisis Intervention, 2008, 236-250, <http://btci.edina.clockss.org/cgi/content/full/8/3/236>.
- ✓ Uitzending *Panorama* 21 februari 2013 ‘De gestoorde procedure’, [www.deredactie.be/cm/vrtnieuws/videozone/programmas/panorama/EP\\_130221\\_panorama](http://www.deredactie.be/cm/vrtnieuws/videozone/programmas/panorama/EP_130221_panorama).
- ✓ VANAUDENHOVE, L., “Mobiël crisisteam levert praktische hulp aan huis in Gent”, *Het Laatste Nieuws* 13 maart 2013, [www.hln.be/hln/nl/957/Binnenland/article/detail/1595661/2013/03/13/Mobiel-crisisteam-levert-psychiatrische-hulp-aan-huis-in-Gent.dhtml](http://www.hln.be/hln/nl/957/Binnenland/article/detail/1595661/2013/03/13/Mobiel-crisisteam-levert-psychiatrische-hulp-aan-huis-in-Gent.dhtml).
- ✓ VANDENBERGHE, J., “Het overlijden van Jonathan J. had voorkomen kunnen worden”, *De Morgen* 23 februari 2013, [www.demorgen.be/dm/nl/2461/Opinie/article/detail/1584705/2013/02/23/Het-overlijden-van-Jonathan-J-had-voorkomen-kunnen-worden.dhtml](http://www.demorgen.be/dm/nl/2461/Opinie/article/detail/1584705/2013/02/23/Het-overlijden-van-Jonathan-J-had-voorkomen-kunnen-worden.dhtml).
- ✓ VANDENBERGHE, J., SCHOEVAERTS, K., BRUFFAERTS, R. en VAN LANDE-GHEM, K., *Gedwongen opname in Vlaanderen anno 2012*, KU-Leuven, 2012; [http://2012.ggzcongres.be/media/docs/ggzcongres/2012/ggzcongres2012\\_s34.1\\_schoevaerts.pdf](http://2012.ggzcongres.be/media/docs/ggzcongres/2012/ggzcongres2012_s34.1_schoevaerts.pdf).
- ✓ VAN DER MEER, B. en RAES, D., “Wie is de psychopaat onder ons?”, *Tijdschrift voor de politie* 2004, 66 (3), 19-23, [www.websitevoordepolitie.nl/archief/wie-is-de-psychopaat-onder-ons-152.html](http://www.websitevoordepolitie.nl/archief/wie-is-de-psychopaat-onder-ons-152.html).
- ✓ VAN GAMPELAERE, V. (). *De politie, ook uw vriend? De opinie van de Gentse lokale politie over personen met een psychiatrische stoornis*, 2012, 112 p., [http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/891/798/RUG01001891798\\_2012\\_0001\\_AC.pdf](http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/891/798/RUG01001891798_2012_0001_AC.pdf).
- ✓ VAN GAMPELAERE, V. (2013). *Wat denkt politie over personen met een psychiatrische stoornis?* Maklu, 170 p.
- ✓ VAN HEMERT, A, KRENS, F en VAN NOBELEN, P., Politieprogramma Parnassia Bavo Groep. *Epidemiologisch Bulletin*, 44 (3/ 4), 20-24, [www.awpgnzh.nl/assets/awp/upload/2009\\_nr34\\_07-politieprogramma\\_1318252303.pdf](http://www.awpgnzh.nl/assets/awp/upload/2009_nr34_07-politieprogramma_1318252303.pdf).
- ✓ VERMETTE, H., PINALS, D. en APPELBAUM, P., “Mental Health Training for Law Enforcement Professionals”, *The Journal of the American*

- 
- Academy of Psychiatry and the Law* 2005, 42-46, <http://jaapl.org/content/33/1/42.full.pdf>.
- ✓ VINE, R. (s.d.). *Safe transport of people with a mental illness* – Chief Psychiatrist’s guideline, 15 p., [www.health.vic.gov.au/mentalhealth/cpg/safe-transport.pdf](http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/cpg/safe-transport.pdf).
  - ✓ Vr. nr. 3 VAN DE CASTEELE 26 februari 2004,803, aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, [www.senate.be/www/?MIval=/consulteren/publicatie2&BLOKNR=46&COLL=B&LEG=3&NR=14&SUF=&VOLG-NR=&LANG=nl](http://www.senate.be/www/?MIval=/consulteren/publicatie2&BLOKNR=46&COLL=B&LEG=3&NR=14&SUF=&VOLG-NR=&LANG=nl).
  - ✓ WATSON, A., CORRIGAN, P. en OTTATI, V. (s.d.), “Police Responses to Persons With Mental Illness: Does the label Matter?” *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32 (4), 378-385, [www.jaapl.org/content/32/4/378.full.pdf](http://www.jaapl.org/content/32/4/378.full.pdf).
  - ✓ WATSON, A., SCHAEFER MORABITO, M., DRAINE, J. en OTTATI, V. (2008). Improving police respons to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT. *International Journal of Law and Psychiatry*, 359-368; [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655327](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655327).
  - ✓ WAY, B., EVANS, M. en BANKS, M., An Analysis of Police referrals to 10 Psychiatric Emergency Rooms. *Bull.Am.Acad. Psychiatry Law* 1993, 21 (4), 389-397, [www.jaapl.org/content/21/4/389.full.pdf](http://www.jaapl.org/content/21/4/389.full.pdf).
  - ✓ WOOD, J., SWANSON, J., BURRIS, S. en GILBERT, A., *Police Interventions wit Persons Affected by Mental Illness – A critical review of global thinking and practise*. Center for Behavioral Health Services Criminal Justice Research, 2011, 52 p., [www.temple.edu/cj/people/documents/police\\_interventions\\_monograph\\_march\\_2011.pdf](http://www.temple.edu/cj/people/documents/police_interventions_monograph_march_2011.pdf).
  - ✓ X, “Law Enforcement Interactions with Persons with Mental Illness”, *Texas Law Enforcement Management and Administrative Statistic Program*, 2003, 10 (1), 11 p.
  - ✓ X, Advies van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren bij de voorstellen tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 op de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *Tijdschrift van de nationale raad van de Orde van geneesheren* 2010, XVII, 3-4.
  - ✓ X, *Building safer communities: Improving police response to persons with mental illness* – Recommendations from the IACP National Policy Summit, 2010, 32 p., [www.theiacp.org/Building-Safer-Communities-Improving-Police-Response-to-Persons-with-Mental-Illness](http://www.theiacp.org/Building-Safer-Communities-Improving-Police-Response-to-Persons-with-Mental-Illness).
  - ✓ X, “Hoe omgaan met mensen met een psychiatrisch ziektebeeld?” *Info-revue* 2010, 1, 2, [www.polfed-fedpol.be/pub/inforevue/inforevue1\\_10/10\\_IR01\\_NL-Radar.pdf](http://www.polfed-fedpol.be/pub/inforevue/inforevue1_10/10_IR01_NL-Radar.pdf).

- ✓ X, Psychiatrische verpleegkundigen geven politie voorlichting, 2011, [www.erasmusmc.nl/corp\\_home/corp\\_news-center/2011/201101/afdeling.psy-chiatrie.politie en http://link.springer.com/article/10.1007 %2Fs12415-011-0046-8](http://www.erasmusmc.nl/corp_home/corp_news-center/2011/201101/afdeling.psy-chiatrie.politie%20en%20http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12415-011-0046-8).
- ✓ X, *De psychiatrische patiënt en de psychologische stress in de DGH*, 2012, 30 p., <http://geneeskundigehulp.plot.be/files/2012/10/CURS-hoofdstuk9-10-0176-FV-2010-08-17.pdf>.
- ✓ X, *Opvang verwarde personen open in 2013*, 2013, [www.denhaag.nl/web/show/id=202617/contentid=105329/langid=43](http://www.denhaag.nl/web/show/id=202617/contentid=105329/langid=43).
- ✓ X, (s.d.). *A Study of How People with Mental Illness Perceive and Interact with the Police*, 98 p., [www.mentalhealthcommission.ca/English/document/437/study-how-people-mental-illness-perceive-and-interact-police](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/437/study-how-people-mental-illness-perceive-and-interact-police).
- ✓ X (s.d.), *Onderzoek naar geweld in de psychiatrie – Factsheet 3: strafrechtelijke reactie*, [www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpuntaggressie/onderzoek-vu-factsheet-2-wel-of-geen-aangifte-doen\\_tcm145-248562.pdf](http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpuntaggressie/onderzoek-vu-factsheet-2-wel-of-geen-aangifte-doen_tcm145-248562.pdf).
- ✓ X (s.d.), *Police and Mental Health: How to get it right locally?*, 20 p., [www.mind.org.uk/media/207144/Police\\_Guide.pdf](http://www.mind.org.uk/media/207144/Police_Guide.pdf).
- ✓ X (s.d.), *Police, psychiatrist improve response to mental health calls*, [www.cbc.ca/news/canada/ottawa/police-psychiatrist-improve-response-to-mental-health-calls-1.1304220](http://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/police-psychiatrist-improve-response-to-mental-health-calls-1.1304220).
- ✓ X (s.d.), *Policing Persons with Mental Illness: Issues and Trajectories*, [www.cpc-cpp.gc.ca/cnt/tpsp-tmrs/mental/mental-traject-eng.aspx](http://www.cpc-cpp.gc.ca/cnt/tpsp-tmrs/mental/mental-traject-eng.aspx).
- ✓ X (s.d.), *Veiligheidsprotocol Sint-Trudo ziekenhuis*, [www.politienieuwerkerken.be/veiligheidsprotocol-sintrudo-ziekenhuis.aspx](http://www.politienieuwerkerken.be/veiligheidsprotocol-sintrudo-ziekenhuis.aspx).
- ✓ ZORGINSPECTIE, *Jaarverslag 2011 – Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen*, 2011, 44 p., [www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/publicaties/Documents/Jaarverslag%202011.pdf](http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/publicaties/Documents/Jaarverslag%202011.pdf).



---

# KWETSBARE VERDACHTEN<sup>1</sup>

Kasia UZIEBLO

---

1. Inleiding	103
2. Psychische kwetsbaarheid: what's in a name?	105
3. Suggestibiliteit en meegaandheid	106
3.1. Suggestie en suggestibiliteit	106
3.1.1. Suggestie en suggestibiliteit: een definiëring	107
3.1.2. Wie is suggestibel?	108
3.2. Meegaandheid	110
3.2.1. Meegaandheid: een definiëring	111
3.2.2. Wie is meegaand?	112
4. Psychische problemen en psychiatrische stoornissen bij verdachten	113
5. Kwetsbare verdachten in de verhoorkamer	115
6. Literatuur	117

---

## 1. INLEIDING

Onder kwetsbaarheid bij verdachten bedoelt men dat de verdachte door welbepaalde psychische problemen of stoornissen de vragen moeilijk kan vatten, de implicaties van de eigen antwoorden nauwelijks kan inschatten, en meer misleidende of onjuiste antwoorden zal geven. Erkenning en kennis van deze kwetsbaarheden helpen niet alleen een rechtvaardige en adequate bejegening van de verdachte te verzekeren. Daarenboven zullen verhoorders bij een tijdige en juiste identificatie een grotere kans maken op het verkrijgen van waarheidsgetrouwe antwoorden van de verdachte. Jongeren, personen met een mentale beperking en personen die aan waanideeën of hallucinaties lijden, worden doorgaans als kwetsbaar beschouwd. Zoals we in dit hoofdstuk zullen illustreren, is de groep kwetsbare verdachten echter veel omvangrijker. Meer nog, iedereen kan tijdens een verhoor een psychologische kwetsbaarheid vertonen. Zo zullen we aantonen dat binnen een verhoorcontext velen zich suggestibel en/of meegaand opstellen. Daarnaast brengen we de kwetsbaarheden die specifiek veroorzaakt worden door de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen.

---

1 Deze bijdrage verscheen eerder in de Politiegids “Het verdachtenverhoor: meer dan het stellen van vragen”, Wolters Kluwer, 2014.

---

nissen of psychische problemen onder de aandacht. Ten slotte zullen we ook in dit hoofdstuk moeten besluiten dat men in België nog (te) weinig rekening houdt met de psychologische kwetsbaarheden van verdachten.

Hoewel in de literatuur de laatste decennia een toenemende aandacht voor kwetsbaarheden bij verdachten vastgesteld kan worden, blijkt deze tendens nog niet volledig te rijmen met de dagelijkse politionele praktijk. In de praktijk botst men immers op drie belangrijke problemen. Zo is het idee van 'kwetsbaarheid' bij verdachten nog niet geheel aanvaard; de term zelf lokt zelfs enige weerstand op. Men gaat er al te vaak van uit dat het om verdachten gaat die zich als slachtoffer opstellen en zodoende zich uit de situatie willen onttrekken. Dit is natuurlijk nooit geheel uit te sluiten. Het veinzen van psychische kwetsbaarheden is een algemeen probleem kenmerkend aan het werk met daders en zeker binnen de politionele context (PORTER, JUODIS, TEN BRINKE, KLEIN en WILSON, 2010). Niettegenstaande toont onderzoek duidelijk aan dat een zeker percentage van de verdachten op verschillende domeinen kwetsbaar is en dat het onbedachtzaam omgaan met deze kwetsbaarheden ernstige gevolgen kan hebben voor zowel de verdachte als voor het politioneel onderzoek (KASSIN, 2008). Een tweede probleem betreft de identificatie van kwetsbare verdachten. Dit is in de praktijk niet vanzelfsprekend. Verhoorders zijn immers niet opgeleid om psychische problemen te detecteren en men kan zich de vraag stellen of het haalbaar of zelfs wenselijk is om alle verdachten aan een psychologische screening te onderwerpen. In de praktijk zijn echter stellingen als 'Ik haal de gestoorde verdachte er zo wel uit' helaas legio. Onderzoek toont daarentegen duidelijk aan dat wij als mens geen goede observatoren zijn, zelfs indien we de nodige theoretische achtergrond hebben en/of zeker van ons stuk zijn. GUDJONSSON, CLARE, RUTTER en PEARSE (1993) stelden bijvoorbeeld vast dat de politieagenten uit hun studie 4 procent van de verdachten als kwetsbaar beschouwden. Dit bleek echter om een onderschatting te gaan. Naderhand bleek op basis van klinisch psychologische evaluaties dat 15 tot 20 procent van diezelfde verdachten als kwetsbaar beschouwd moesten worden en bijgevolg recht hadden op de nodige bijstand tijdens het verhoor. Dit leidt ons tot het derde probleem. Indien kwetsbare personen geïdentificeerd worden, blijken de betrokken diensten slechts zelden hun handelen aan te passen (BURTON, EVANS en SANDERS, 2006).

Dit hoofdstuk heeft als doel de lezer inzichten te bieden in wat kwetsbaarheden bij verdachten concreet kunnen inhouden en wat de mogelijke gevolgen hiervan zijn voor het verhoor. Concreet zal eerst stilgestaan worden bij de definiëring van kwetsbaarheid bij verdachten. Vervolgens gaan we dieper in op de meest courante kwetsbaarheden, zijnde suggestibiliteit en meegaand-



heid. Daarnaast bekijken we hoe psychische problemen en psychiatrische stoornissen een verdachte in een kwetsbare positie kunnen plaatsen. Ten slotte geven we kritische bedenkingen over deze problematiek en de implicaties het naar de huidige Belgische praktijk toe kan hebben weer.

## 2. **PSYCHISCHE KWETSBAARHEID: WHAT'S IN A NAME?**

Onder psychologische kwetsbaarheid verstaan we de psychische kenmerken of geestestoestand die de verdachte in bepaalde situaties vatbaar maakt voor het geven van inaccurate, onbetrouwbare of misleidende informatie (GUDJONSSON, 2006). Typerend voor kwetsbare verdachten is een verminderd begrip van de vragen en een gebrekkige inschatting van de implicaties van hun antwoorden en verklaringen tijdens een verhoor. De verdachte zal hierdoor niet of slechts gedeeltelijk in staat zijn om waarheidsgetrouwe en/of informatieve antwoorden te geven op de vragen. Deze psychische kwetsbaarheden komen bovendien niet enkel bij verdachten voor, maar kunnen evengoed aanwezig zijn bij getuigen en slachtoffers (BURTON *et al.*, 2006).

De aanwezigheid van een psychische kwetsbaarheid verhoogt niet alleen de kans op valse verklaringen, maar ook op valse bekentenissen (KASSIN, 2008). Hoe vaak valse bekentenissen voorkomen, is moeilijk te bepalen. Enkele studies tonen aan dat 20 tot 25 procent van de veroordeelden die uiteindelijk werden vrijgesproken op basis van DNA-analyses, tijdens het politieel onderzoek valselijk bekend hadden het misdrijf gepleegd te hebben (WHITE, 2003). Wanneer veroordeelden zelf bevraagd worden, dan geeft 12 tot 22 procent aan ooit een valse bekentenis afgelegd te hebben (GUDJONSSON, SIGURDSSON, EINARSSON, BRAGASON en NEWTON, 2008). Valse bekentenissen kunnen in drie categorieën onderverdeeld worden. Ten eerste heb je de zogenaamde vrijwillige valse bekentenis. Vrijwillig verwijst hier naar het feit dat de verdachte geen expliciete druk ervaart tijdens het verhoor, maar toch bekend. De meest courante redenen om een dergelijke verklaring af te leggen, zijn onder meer een andere persoon willen helpen of beschermen, willen voorkomen dat een ernstiger misdrijf van hemzelf wordt ontdekt en (media-)aandacht willen krijgen. Een tweede categorie betreft de gedwongen of inschikkelijke valse bekentenis. De verdachte geeft een misdrijf toe, hoewel hij zelf beseft dat hij het niet gedaan heeft. Hier zal de verdachte grote externe druk ervaren (bv. sociale druk en de druk die de verhoorders opleggen). Mogelijke redenen om tot een dergelijke bekentenis over te gaan, zijn het willen ontspannen uit de stressvolle situatie en een ergere straf willen voorkomen. Deze categorie wordt aan meegaandheid gerelateerd. De laatste categorie omvat de geïnternaliseerde valse bekentenissen. Bij deze

---

vorm wordt door de verdachte een zodanig grote externe druk ervaren, waardoor hij daadwerkelijk gaat geloven dat hij de dader is. Deze vorm kan bijvoorbeeld voorkomen wanneer de verdachte aan zijn eigen geheugen begint te twifelen en bij gebruik van suggestieve verhoortechnieken. Deze vorm wordt gerelateerd aan suggestibiliteit (KASSIN, 2008). We zullen nu dieper ingaan op deze twee belangrijke persoonskenmerken, zijnde suggestibiliteit en meegaandheid.

### **3. SUGGESTIBILITEIT EN MEEGAANDHEID**

#### **3.1. SUGGESTIE EN SUGGESTIBILITEIT**

Op 21 januari 1988 werd het levenloze lichaam van Stephanie Crowe in haar bed gevonden. De verhoorders focusten zich tijdens de verhoren reeds snel op haar broer, de veertienjarige Michael. Gedurende twee dagen werd Michael verhoord. Deze twee dagen was de jonge Michael volledig van zijn familie geïsoleerd. Michael bleef beweren dat hij onschuldig was, totdat de verhoorders aanbrachten dat er onder andere bloedsporen in Michaels kamer gevonden waren en dat zijn haar op zijn zus gevonden was. De verhoorders hadden echter geen enkel fysiek bewijs, maar dat wist Michael niet. Michael gaf nadien aan dat hij het verhaal van de verhoorders deels begon te geloven en dat hij aan zijn eigen onschuld begon te twifelen. Hij begon aan te nemen dat hij een goede en een slechte zijde had, en dat zijn slechte zijde die avond de overhand had genomen. Uiteindelijk gaf hij toe dat hij de moord met twee vrienden had gepleegd. Ook zijn twee vrienden gaven uiteindelijk toe. Kort hierna trokken de drie jongens de bekentenis echter in, maar op dat moment mocht het niet meer baten. In 1999 werden de drie jongens op basis van DNA-onderzoek dan toch vrijgesproken. Het bloed van Stephanie werd immers op het T-shirt van Richard Raymond Tuite gevonden, die de dag na de feiten verhoord werd omdat de burens hem bizar gedrag zagen stellen (KASSIN, 2008).

Deze zaak illustreert hoe een verdachte onder druk tot een gedwongen valse bekentenis kan overgaan. Michael was jong; hij werd van zijn omgeving geïsoleerd en de verhoorders brachten onder meer valse bewijzen aan. Al deze zaken vergroten de kans op een valse betekenis. Meer nog, Michael begon daadwerkelijk te geloven dat hij het gedaan had. In de literatuur wordt het voorwaar nemen van suggesties suggestibiliteit genoemd.

### 3.1.1. SUGGESTIE EN SUGGESTIBILITEIT: EEN DEFINIËRING

Om suggestibiliteit binnen de verhoorcontext te definiëren wordt vaak naar de definitie van GUDJONSSON en CLARK (1986) verwezen. Zij stellen dat binnen een verhoorcontext suggestibiliteit als volgt gedefinieerd kan worden: “the extent to which, within a closed social interaction, people come to accept messages communicated during formal questioning, as the result of which their subsequent behavioral response is affected” (84). Suggestibiliteit impliceert dus dat de ondervraagde informatie die aangereikt wordt tijdens het verhoor, als de waarheid gaat beschouwen.

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen suggestie en suggestibiliteit. Een suggestie kan gedefinieerd worden als een idee – in de brede zin van het woord – dat door iemand of iets (bv. een gebeurtenis) aangereikt wordt.

De vatbaarheid om op dergelijke suggesties te reageren wordt suggestibiliteit genoemd. Suggestibiliteit houdt in dat men nieuwe, mogelijk onjuiste informatie voor authentiek en waar aanneemt. Het geheugen speelt hier een cruciale rol: de herinneringen aan de gebeurtenis worden doorheen het gesprek stelselmatig veranderd, totdat men helemaal overtuigd wordt van de nieuwe informatie die aangereikt wordt (GUDJONSSON en CLARK, 1986).

Binnen het verhoor kunnen twee vormen van suggestibiliteit gedifferentieerd worden, die ofwel afzonderlijk ofwel samen voorkomen, zijnde een vatbaarheid voor suggestieve vragen en een gevoeligheid voor druk (BAXTER, CHARLES, MARTIN en MCGROARTY, 2013). Suggestieve vragen zijn vragen waarin bepaalde verwachtingen en veronderstellingen vervat zijn. In dergelijke vragen suggereert de verhoorder een bepaald antwoord of brengt hij nieuwe informatie aan (MILNE en BULL, 1999). Deze bijkomende informatie kan foutief of juist zijn. Vragen als “Wat was jij aan het doen op het moment van de bankoverval in Zevergem?” onthullen reeds enige, vaststaande feiten over het delict. De studie van LOFTUS en PALMER (1974) was een van de eerste studies die duidelijk aangaf dat de woordkeuze bepaalde suggesties impliceert. In deze studie moesten de proefpersonen een reeks foto's van een auto-ongeluk bekijken. Nadien moesten ze een reeks vragen beantwoorden. Proefpersonen die bijvoorbeeld de vraag kregen ‘Hoe snel reden de wagens wanneer ze tegen elkaar *botsten*?’ schatten de snelheid waarmee de wagens reden, veel lager in dan de proefpersonen die de vraag ‘Hoe snel reden de wagens wanneer ze tegen elkaar *knalden*?’ moesten beantwoorden. Met deze studie toonden de onderzoekers duidelijk aan dat de minste suggestie in de vraagstelling, de antwoorden van de ondervraagden, en aldus de

---

waarheidsgetrouwheid van deze antwoorden, sterk kan beïnvloeden. Suggesties kunnen tevens aangebracht worden via non-verbaal gedrag (bv. door te knikken wanneer een antwoord gegeven wordt) (MILNE en BULL, 1999). De tweede vorm van suggestibiliteit heeft betrekking tot de gevoeligheid voor ervaren druk tijdens de ondervraging. Met druk bedoelt men hier voornamelijk de negatieve feedback die de verhoorder tijdens de ondervraging uitdrukt, een aspect dat tot op heden nog al te vaak uit het oog verloren wordt (BAXTER *et al.*, 2013). Verhoorders kunnen al dan niet onbewust op een openlijke of impliciete wijze, op verbale of non-verbale wijze negatieve feedback geven, waardoor ze een ontevredenheid met het antwoord van de verdachte kunnen insinueren (GUDJONSSON en CLARK, 1986). Voorbeelden van negatieve feedback zijn het glimlachen na het antwoord van een verdachte of het herhalen van dezelfde vraag. In beide situaties kan de verdachte de reactie van de verhoorder, ongeacht zijn intenties, als een teken van ongeloof interpreteren. De verdachte krijgt hierdoor het gevoel dat zijn antwoord onvoldoende was en wordt hierdoor angstig en onzeker over zijn antwoorden en zelfs over zijn herinneringen (MCGROARTY en BAXTER, 2007). Hetzelfde geldt wanneer de verhoorder de antwoorden van de verdachte zal uitdagen (GUDJONSSON en CLARK, 1986). Op dergelijke momenten zijn verdachten zeer gevoelig voor de door de verhoorder aangebrachte informatie. Dit kan ervoor zorgen dat verdachten hun voorgaand antwoord of gedrag gaan veranderen (MCGROARTY en BAXTER, 2007), wat op zijn beurt de verhoorder als verdacht verdrag gaat beschouwen (INBAU, REID, BUCKLEY en JAYNE, 2004). Tijdens de evaluatie van een verhoor moet er dus telkens gekeken worden naar het gebruik van suggestieve vragen, het uiten van negatieve feedback en het effect hiervan op het non-verbaal en verbaal gedrag van de ondervraagde. Aangezien het geven van negatieve feedback tijdens een verhoor veeleer op subtiele wijze gebeurt, moet men voornamelijk oplettend zijn voor enige wijzigingen in de verklaring. Daarnaast moet men attent zijn voor de beweegredenen van een verdachte om alsnog op de vragen te antwoorden, nadat hij eerst gebruikmaakte van zwijgrecht (BAXTER *et al.*, 2013).

### **3.1.2. WIE IS SUGGESTIBEL?**

Iedereen is vatbaar voor suggesties. Het is voornamelijk ons gebrekkig geheugen dat ons allen kwetsbaar maakt. Een belangrijk aspect hierbij is ‘*memory discrepancy*’. Dit is het vermogen om een onderscheid te kunnen maken tussen onze herinneringen aan de eigenlijke gebeurtenis en de suggesties, gebeurtenissen of informatie waarmee we na de desbetreffende gebeurtenis geconfronteerd worden (WRIGHT, LOFTUS en HALL, 2001). Deze nieuwe informatie kan de herinnering aan de feitelijke gebeurtenis op twee manie-

ren beïnvloeden (BERGEN, HORSELENBERG, MERKELBACH, JELICIC en BECKERS, 2010). Vooreerst is het mogelijk dat de persoon die ondervraagd wordt, de gebeurtenis of het delict niet of slechts gedeeltelijk heeft bijgewoond. Vanzelfsprekend herinnert deze persoon zich het voorval niet of slechts in beperkte mate. Hierdoor gaat hij nauwelijks een onderscheid kunnen maken tussen zijn (slechte) herinnering aan de gebeurtenis en de nieuwe informatie (LOFTUS, 2005) en dus de nieuwe informatie sneller voor waar nemen. Ten tweede is het mogelijk dat de nieuwe informatie een accuratere of volledigere versie van de gebeurtenis weergeeft dan de eigen herinnering. In dit geval zal men eerder geneigd zijn om deze nieuwe informatie te aanvaarden (SUTHERLAND en HAYNE, 2001). Tijd speelt hier een niet te onderschatten rol: hoe langer de periode tussen de feiten en bijvoorbeeld de ondervraging, hoe zwakker de herinnering, en bijgevolg, hoe groter de kans dat nieuwe informatie voor waar wordt aangenomen (LOFTUS, 2005). Dit hoeft bovendien niet noodzakelijk om een lange periode te gaan. Algemeen wordt aangenomen dat men zich reeds na 24 uur slechts 44 procent van de opgeslagen informatie herinnert, en na amper twee dagen nog maar 28 procent (EBBINGHAUS, 1885/1974). Dat vrijwel iedereen vatbaar is voor suggestie ten gevolge van de geheugenprocessen blijkt duidelijk uit onderzoek naar valse herinneringen. Zo hebben bijvoorbeeld Smeets en collega's (2006) 120 proefpersonen bevraagd naar hun herinneringen aan de moord op de Nederlandse politiker Pim Fortuyn. Meer dan 60 procent herinnerde zich videomateriaal gezien te hebben van de eigenlijke moord. Dit videomateriaal bestaat echter niet.

Binnen de verhoorcontext liggen de volgende drie factoren aan de grondslag van suggestibiliteit. Vooreerst wordt de ondervraagde met zijn eigen onzekerheid geconfronteerd. De ondervraagde weet immers niet steeds met zekerheid wat het juiste antwoord op de gestelde vraag is, doordat hij zich bijvoorbeeld niet alles of zelfs niets meer herinnert. Vertrouwen in de verhoorder is een tweede belangrijke factor. Indien men vertrouwen heeft in de intenties van de verhoorder en men niet gelooft dat de verhoorder hem/haar probeert te bedriegen, dan wordt de kans op suggestibiliteit verhoogd. Ten derde spelen verwachtingen een cruciale rol. De ondervraagde verwacht immers dat tijdens een verhoor steeds een definitief antwoord moet gegeven worden, dat een antwoord op elke vraag moet kunnen geformuleerd worden en dat het antwoord steeds gekend moet zijn (GUDJONSSON en CLARK, 1986). Deze factoren in acht nemend, is het niet zo verwonderlijk dat personen die reeds meerdere malen ondervraagd werden, minder vatbaar blijken te zijn voor suggestibiliteit (SHARROCK en GUDJONSSON, 1993) en voornamelijk minder vatbaar zijn voor de druk ervaren tijdens het verhoor (GUDJONSSON en SINGH, 1984). Zij hebben immers door hun eerdere ervaringen met verhoorsituaties een be-

---

ter zicht op het verloop van een verhoor, de positie en het handelen van de verhoorder en hun eigen rechten.

De mate van suggestibiliteit verschilt van persoon tot persoon. Dit houdt in dat binnen dezelfde verhoorcontext niet iedereen even geneigd is suggesties te aanvaarden, maar ook dat eenzelfde persoon niet noodzakelijk in iedere (verhoor)context zich suggestibel opstelt. De mate van suggestibiliteit hangt telkens af van algemene persoonskenmerken, context en psychische kenmerken die vaak op elkaar inwerken in een gegeven situatie. Vooreerst speelt leeftijd een belangrijke rol. Globaal genomen wordt vastgesteld dat hoe jonger men is, hoe vatbaarder voor suggesties. Dit is dan ook een van de redenen waarom jongeren per definitie als kwetsbaar beschouwd worden. Vooral jonge kinderen zouden vatbaar zijn voor zowel suggestieve vragen als voor negatieve feedback (HOWIE, SHEEHAN, MOJARRAD en WRZESINSKA, 2004). Hoewel jongeren vanaf 12 jaar minder ontvankelijk zijn voor suggesties, blijven zij heel gevoelig voor negatieve feedback (GUDJONSSON, 2003, 381). Er zijn bovendien enige aanwijzingen dat ouderen vanaf ongeveer 60 jaar ook suggestibeler zouden zijn. Hun geheugen werkt minder goed en bepaalde verhoortechnieken (bv. het cognitief interview) zouden hen te angstig maken (WRIGHT en HOLLIDAY, 2007). Een typisch voorbeeld van een meer situationele factor is slaapdeprivatie. Hoe langer men gedepriveerd is van slaap, hoe suggestibeler men wordt, zeker wanneer men daarbovenop geconfronteerd wordt met negatieve feedback tijdens het verhoor (BLAGROVE en AKEHURST, 2000). Ook de psychische toestand of de psychische problemen kunnen iemand suggestibeler maken. Hier gaan we straks dieper op in.

### **3.2. MEEGAANDHEID**

Op 19 april 1989 werd de 28-jarige Trisha Meili tijdens het joggen aangerand en verkracht. De dader of daders hebben haar voor dood achtergelaten. De politie ging er relatief snel vanuit dat de daders onder de toenmalige bendes gezocht moesten worden. Vijf veertien tot zestienjarige jongeren werden al gauw van deze brute verkrachting beschuldigd. Deze jongens werden immers die avond in het park gesignaleerd. De jongens werden urenlang ondervraagd. Tijdens het verhoor zou aan de jongens meermaals beloofd zijn dat, als ze zouden toegeven, ze naar huis mochten gaan. Een verhoorder zou bovendien de jongeren onder druk gezet hebben, door aan te geven dat zijn kompanen de verkrachting inmiddels hadden toegegeven. Uiteindelijk zijn de jongens gezwicht en hebben ze hun bekentenis op video laten vastleggen. Ze trokken de bekentenis kort hierna terug in. Dit mocht echter niet baten. Ondanks het gebrek aan overtuigend bewijs – zelfs het DNA-onderzoek wees aan dat zij niet de

schuldigen waren – werden ze schuldig bevonden en kregen ze de maximum gevangenisstraf. Dertien jaar later bekende een andere persoon, zijnde Matias Reys, die veroordeeld was voor drie verkrachtingen en een moord, dat hij Trisha had verkracht, wat bevestigd werd door DNA-onderzoek. In 2002 werden de vijf vrijgelaten (KASSIN en GUDJONSSON, 2004).

Deze zaak is nog steeds vrij uniek in zijn soort: vijf jongeren gaven in een en dezelfde zaak een valse verklaring. Toen hen nadien gevraagd werd waarom ze deze valse bekentenissen hadden afgelegd, zeiden ze dat ze naar huis wilden gaan, want dat werd hen immers beloofd. Daarnaast hadden ze sterk het gevoel dat de situatie uitzichtloos was, zeker wanneer verteld werd dat bepaalde vrienden al toegegeven hadden. In tegenstelling tot de zaak Michael Crowe, geloofden deze jongeren niet dat ze het misdrijf daadwerkelijk gepleegd hadden. Door te bekennen wilden ze uit een schijnbaar hopeloze en zeer stresserende situatie vluchten door mee te gaan met het verhaal van verhoorders. Dergelijk gedrag wordt meegaand gedrag genoemd.

### **3.2.1. MEEGAANDHEID: EEN DEFINIËRING**

Meegaandheid of *compliance* houdt in dat mensen soms dingen zeggen of gedrag vertonen waarmee ze het intrinsiek oneens zijn, maar waartoe ze zich door de sociale context verplicht voelen. GUDJONSSON (1997) geeft aan dat mensen zich meegaand kunnen opstellen omwille van doorgaans twee redenen. Ten eerste zijn we sterk geneigd om anderen te behagen – wat in de literatuur *acquiescence* wordt genoemd – en om ons zelfbeeld als het ware te beschermen. Dit blijkt duidelijk uit onder andere de welgekende studie van ASCH (1955). In deze studie kregen de proefpersonen een papier waarop een lijn getekend was. Vervolgens kregen zij een tweede papier met daarop drie lijnen met verschillende hoogtes getekend. Zij moesten individueel aanduiden welke van de drie lijnen overeenkwam met de eerste lijn. Nagenoeg iedereen gaf hier het juiste antwoord. In het tweede deel van de studie moesten ze dezelfde vraag beantwoorden in een rondetafelgesprek. Hier stelden de onderzoekers vast dat proefpersonen bereid waren een foutief antwoord te geven, wanneer anderen een fout antwoord gaven. Deze studie toonde duidelijk dat het geven van een juist antwoord ondergeschikt was aan de drang tot conformiteit. Men valt met andere woorden dus niet graag uit de toon, ook niet binnen een verhoorcontext. Denk hier bijvoorbeeld aan de minderjarige verdachte die onjuiste informatie geeft, omdat hij zijn vrienden niet wil verraden. Ook het delict zelf kan een uiting zijn van meegaandheid: bijvoorbeeld wanneer een persoon een inbraak pleegt, omdat zijn vrienden hem aansporen.

---

Een tweede reden om zich meegaand op te stellen, is het feit dat we liever conflict of confrontatie met anderen en al zeker met autoriteitsfiguren vermijden (GUDJONSSON, 1997). Een mooie illustratie hiervan is de studie van MILGRAM (1963). In deze studie kregen de proefpersonen de opdracht om elektrische schokken toe te dienen aan een andere persoon, wanneer deze laatste fouten maakte op een leertoets. De proefpersonen wisten echter niet dat de antwoorden en de reacties op de elektrische schokken vooraf waren opgenomen. Uit deze studie bleek dat alle proefpersonen bereid waren om anderen elektrische schokken toe te dienen. Meer dan 60 procent gingen daar zelfs heel ver in; zij waren bereid om op vraag van de proefleider tot het hoogste voltage – dat levensbedreigend was – te gaan. Milgram toonde hier niet alleen mee aan dat men onder bepaalde omstandigheden bereid is tot gruwelijke zaken, maar ook dat de aanwezigheid van een autoriteitsfiguur vaak een doorslaggevende factor is. Dit laatste kunnen we naar de verhoorcontext doortrekken, waar de verhoorders de autoriteitspositie aannemen. Zo zullen bepaalde verdachten zaken zeggen, omdat ze ervan uitgaan dat dit is wat de verhoorder wilt horen.

### **3.2.2. WIE IS MEEGAAND?**

Net als bij suggestibiliteit zullen velen, indien niet iedereen, bereid zijn zich in bepaalde situaties meegaand op te stellen. Aangenomen mag worden dat zij die in sociale situaties een zekere meegaandheid tonen, dit hoogst waarschijnlijk ook tijdens een verhoor zullen doen. Niettemin zijn de omstandigheden sterk bepalend. Men gaat zich voornamelijk meegaand opstellen wanneer men oogcontact heeft met de andere persoon, wanneer er aanrakingen zijn of wanneer men aangestaard wordt, wanneer de andere persoon een zeker aanzien kent en/of macht heeft en/of wanneer men eerder reeds iets heeft toegegeven (GUDJONSSON, 2003, 375). Ook bepaalde emoties en gedachtegangen kunnen de kans op meegaand gedrag verhogen, zijnde angstgevoelens, het niet kunnen omgaan met de ervaren stress tijdens het verhoor, een laag gevoel van eigenwaarde, gevoelens van woede en paranoïde gedachtegangen (GUDJONSSON, SIGURDSSON, BRYNJOLFSDOTTIR en HREINSDOTTIR, 2002). In het volgend stuk zullen we bovendien zien dat meegaandheid door specifieke psychiatrische problemen bepaald kan worden.

We hebben reeds enkele malen aangeduid hoe meegaandheid binnen de verhoorcontext geplaagd kan worden. Belangrijk om hier nog te noteren is dat meegaandheid in de hand kan gewerkt door bepaalde verhoortechnieken. De belangrijkste zijn het gebruik van minimalisatie- en maximalisatietechnieken. Verhoorders kunnen de nadelen van een bekentenis en zelfs van het misdrijf minimaliseren door de verdachten voor te spiegelen dat de bekentenis een mo-



gelijkheid is om uit het verhoor te geraken. Daarnaast kan het delictgedrag als het ware vergoelikt worden door de verhoorders. Vaak worden in dergelijke gevallen aannemelijke excuses voor het gedrag geopperd. Suggesties als 'iedereen het in een dergelijke situatie zou gedaan hebben' of 'indien je toegeeft, zal de rechter het als een ongeluk beschouwen' worden dan ook als minimalisatie-technieken beschouwd. Maximaliserende verhoortechnieken houden in dat de nadelen van ontkennen onderstreept worden (KASSIN *et al.*, 2010). Vaak maken verdachten ook de overweging welke voordelen het geven van informatie of een bekentenis hem/haar op korte termijn kunnen opleveren. Een mogelijk kortetermijngewin wordt aan de hand van deze technieken aangeleverd. De verdachte ziet een kans om uit de stresserende, beangstigende en/of woede-opwekkende verhoorsituatie te geraken, en opteert dan voor deze uitweg zonder voldoende rekening te houden met de nadelen op lange termijn (bv. beschuldiging, detentie) (GUDJONSSON, 1997).

#### **4. PSYCHISCHE PROBLEMEN EN PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN BIJ VERDACHTEN**

Personen die met psychiatrische stoornissen kampen of zich in een nefaste psychische toestand bevinden, zijn kwetsbaarder binnen een verhoorsituatie dan personen zonder deze problemen. Hoewel onderzoek naar de verschillende psychosociale dynamieken binnen een verhoor de laatste jaren reeds sterk is geëvolueerd, is het pas recentelijk dat men psychische en psychiatrische kwetsbaarheden bij verdachten onder de aandacht is beginnen brengen. Dit is op zich opvallend te noemen, wetende dat psychiatrische stoornissen of psychische problemen onder arrestanten prominent aanwezig zijn (OGLOFF, WARREN, TYE, BAHLER en THOMAS, 2011).

Een lijst en beschrijving van de erkende psychiatrische stoornissen kan teruggevonden worden in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) die inmiddels aan zijn vijfde editie toe is (DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2013). Deze stoornissen brengen veranderingen in de wijze waarop men de zaken waarneemt, de wijze waarop men handelt, alsook de wijze waarop men denkt, voelt en/of zichzelf, anderen en situaties beoordeelt. Het meest vanzelfsprekende voorbeeld is de mentale retardatie. Men kan er algemeen vanuit gaan dat hoe lager het IQ hoe suggestibeler de persoon is (EVERINGTON en FULERO, 1999). Personen met cognitieve beperkingen zouden zowel vatbaar zijn voor suggestie als voor negatieve feedback, zeker in situaties waarin een autoriteitsfiguur aanwezig is (SONDENAA, RASMUS-

---

SEN, PALMSTIERNA en NOTTESTAD, 2010). Zij zijn in dergelijke situaties vaker geneigd om affirmatief te reageren, ongeacht de inhoud van de vraag (FINLAY en LYONS, 2002). Daarenboven zijn zij nog bijkomend kwetsbaar, omwille van redenen die rechtstreeks uit de cognitieve beperking voortvloeien. Zo ervaren zij veel problemen met vragen over ruimte, tijd en plaats, en hebben zij slechts een gering of geen inzicht op hun rechten en gerechtelijke procedures (O'CONNEL, GARMOE en GOLDSTEIN, 2005). Dit blijkt echter enkel te gelden voor personen met een IQ-score lager dan of gelijk aan het gemiddelde (i.e. IQ-score = 100). Dit impliceert dat niet enkel personen met een duidelijk diagnoseerbare mentale retardatie kwetsbaar zijn, maar ook personen die nog binnen de normale range van begaafdheid (i.e. een IQ-score tussen 85 en 115) vallen.

Nog andere stoornissen worden gelinkt aan een kwetsbaarheid binnen het verhoor. Neem nu personen met Attention-deficit Hyperactivity Disorder of ADHD. Deze personen kunnen aandachtsproblemen en/of problemen op het vlak van hyperactiviteit en impulsiviteit vertonen (APA, 1994). Het voorkomen van ADHD zou aanzienlijk hoger liggen in criminele dan in niet-criminele populaties. Bovendien is recidivisme binnen deze groep veel voorkomend (YOUNG, 2007). Personen met ADHD zouden zich meegaand opstellen tijdens een verhoor. Dit zou voornamelijk begrepen kunnen worden vanuit hun aandachtsproblemen. Hierdoor kunnen zij zich zaken minder goed herinneren en kunnen zij zich tijdens het verhoor moeilijk op de vragen blijven focussen. Zij willen voornamelijk zo snel mogelijk uit de verhoorkamer geraken. Het mag dan ook geen verrassing zijn dat zij tijdens een verhoor eerder neigen tot antwoorden als 'Ik weet het niet' (GUDJONSSON, YOUNG en BRAMHAM, 2010) en dat een hogere prevalentie van valse bekentenissen binnen deze groep vastgesteld wordt (Gudjonsson *et al.*, 2008). Andere stoornissen worden ook gelinkt aan meegaandheid, maar elk vanuit een andere motivatie. Zo werd onder andere vastgesteld dat personen met een autismespectrumstoornis zich tijdens een verhoor meegaand opstellen vanuit een behoefte om de verhoorder te behagen (NORTH, RUSSEL en GUDJONSSON, 2008).

We hoeven echter niet uitsluitend in termen van stoornissen te denken. De psychische toestand waarin de verdachte op het moment van het verhoor verkeert, kan tevens een nefaste invloed hebben. Problemen als angstgevoelens en slapeloosheid zouden onder arrestanten nog meer voorkomen dan psychiatrische stoornissen. Deze problemen zijn meestal van tijdelijke aard en zouden voornamelijk te maken hebben met de hoge mate van stress die de persoon ervaart naar aanleiding van de arrestatie zelf en de opsluiting in het politiekantoor (OGLOFF *et al.*, 2011). Niettegenstaande kunnen zij ne-

fast zijn tijdens een verhoor. Zo zouden sterke angstgevoelens suggestibiliteit in de hand werken (GUDJONSSON, 2003). Ook ontwenningverschijnselen vallen onder deze categorie. Doorgaans vermijdt men de ondervraging van een persoon onder invloed; volgens sommige politionele richtlijnen zou men vier tot zes uur met het verhoor moeten wachten opdat de verdachte zou kunnen ontzuichten. Vaak vergeet men echter dat ook nadat de desbetreffende persoon ontzuicht is, de persoon kwetsbaar blijft en dit omwille van de ontwenningverschijnselen die tot meegaand gedrag kunnen leiden. Door de ontwenningverschijnselen zal de verdachte minder goed in staat zijn om op autonome en rationele wijze na te denken, zal zich de zaken minder goed herinneren en zal sneller gaan confabuleren (i.e. het vertellen van verzinsels, meestal om gaten in het geheugen op te vullen). Het is voor hen moeilijker om met de vragen en de druk tijdens een verhoor om te gaan. Deze problemen zouden voornamelijk prominent aanwezig zijn bij ernstige ontwenningverschijnselen (GUDJONSSON *et al.*, 2004), en zouden zich zelfs nog tot meer dan drie dagen na de arrestatie kunnen voordoen (GUDJONSSON, HANNESDOTTIR, PETURSSON en TYRFINGSON, 2000).

## **5. KWETSBARE VERDACHTEN IN DE VERHOORKAMER**

In de voorgaande paragrafen hebben we aangetoond hoe psychische kenmerken, problemen en stoornissen een verdachte kwetsbaarder kunnen maken. Onderzoek naar de kwetsbaarheid van personen met een psychiatrische stoornis staat echter nog in zijn kinderschoenen. Pertinente vragen zoals de vraag of personen met een persoonlijkheidsstoornis (bv. antisociale persoonlijkheidsstoornis) op een bepaalde wijze kwetsbaar zijn binnen de verhoorkamer, blijven nog grotendeels onbeantwoord. Gezien de toenemende aandacht voor dit onderwerp in de literatuur, hopen we hier binnen afzienbare tijd een antwoord op te krijgen. Maar dergelijke theoretische inzichten hebben maar weinig belang, indien men in de praktijk het belang van kwetsbaarheden bij de verdachte slechts in beperkte mate erkent en indien het beleid geen kader schept om met deze problematiek op adequate wijze om te kunnen gaan. Daarom is een efficiëntere en regelmatige wisselwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek vereist.

De aanwezigheid van voorgenoemde problemen of stoornissen impliceert niet dat de verdachte per definitie kwetsbaar is. Het verhoor is immers een dynamisch, interactief proces, dat nooit door slechts één, geïsoleerde factor bepaald kan worden. De concrete verhooromstandigheden, de interacties tussen alle betrokken personen tijdens het verhoor, de persoonlijkheid van de verdachte alsook de psychische en fysieke gezondheid van de ondervraagde,

---

zijn vier factoren die elkaar steeds beïnvloeden (GUDJONSSON, 2010). Daarom dienen deze vier factoren steeds in rekenschap gebracht te worden bij de evaluatie van de kwetsbaarheid en/of het verhoor zelf. Indien een of meerdere kwetsbaarheden worden vastgesteld, betekent dit nog niet automatisch dat de persoon in kwestie geen bruikbare en valide informatie kan geven. Indien de ondervraagde op gepaste wijze gemotiveerd kan worden, indien de verhoorders hun handelen aanpassen en/of indien de nodige bijstand aangeboden wordt, zullen bepaalde kwetsbare personen wel degelijk in staat zijn om een gedegen antwoord te formuleren (GUDJONSSON, 2010).

Dit laatste brengt ons bij de Salduz-wet die sinds 1 januari 2012 in België van kracht is gegaan. Ondanks de welgemeende doelstellingen van deze wet, blijkt dat de Salduz-wet de kwetsbare verdachten niet volledig kan en zal beschermen. Zoals eerder aangekaart zullen bepaalde kwetsbare verdachten weinig inzichten hebben in de rechten die hen worden aangeboden, alsook een beperkt begrip hebben van de mededeling van de feiten. Hierdoor is de kans erg reëel dat deze verdachten niet of te beperkt gebruik zullen maken van hun rechten. Hoewel uit de evaluatierapporten blijkt dat twee derde van de verdachten van categorie IV een beroep doet op zijn recht op bijstand, slaat één derde deze bijstand af (PENNE *et al.*, 2012). De vraag is in welke mate het in deze situaties om kwetsbare verdachten gaat. In de VS heeft men reeds geruime tijd aandacht voor dit probleem; er wordt op systematische wijze nagegaan of de verdachte in staat is om zijn belangen in rechte te verdedigen (i.e. *competency assessment*). Dit laatste is in België zeker nog niet onmiddellijk aan de orde. Maar het mag ook niet onoverkomelijk lijken; enkele ingrepen kunnen reeds de nodige vruchten afwerpen. Zo kan men nagaan hoe de rechten en procedures zodanig geformuleerd kunnen worden opdat men het gebruik van vaktermen zoveel mogelijk zou vermijden. Ook voor niet-kwetsbare personen vormt dit immers een belangrijk struikelblok. Daarnaast kan men nagaan of de verdachte deze zaken daadwerkelijk heeft begrepen, door hem/haar bijvoorbeeld de belangrijkste elementen in eigen woorden te laten formuleren. Ten slotte kunnen we gebruikmaken van reeds bestaande screeningsinstrumenten uit onder andere de VS (SALSEDA, DIXON, FASS, MIORA en LEARK, 2011). Voorwaarde is natuurlijk wel dat deze instrumenten op de Belgische doelgroep worden afgestemd en dat het gebruik bij deze groep eerst geëvalueerd wordt.

De identificatie van kwetsbare verdachten is vanzelfsprekend niet enkel de verantwoordelijkheid van de verhoorders. Sinds de Salduz-wet wordt deze verantwoordelijkheid ook door de advocatuur gedragen. De gedragscode van de advocatuur stelt immers dat advocaten steeds moet controleren of de verdachte fysisch en/of psychisch in staat is om verhoord te worden. Toch kunnen ook

op dit vlak problemen voorzien worden. Het eerste en belangrijkste probleem is het feit dat noch verhoorders, noch advocaten getraind zijn om complexe zaken als psychische kwetsbaarheden te detecteren. Doorgaans zullen de verdachten met een zware psychiatrische problematiek wel tijdig herkend worden; problematischer is echter de detectie van subtielere vormen die bovendien het courantst zijn. Ten tweede is het vaak onmogelijk om als advocaat voldoende aandacht te besteden aan de psychische toestand van de verdachte. Er mag aangenomen worden dat advocaten zich tijdens het beperkte voorafgaandelijk, vertrouwelijk overleg in eerste instantie toespitsen op het geven van de nodige uitleg aan de verdachte en op het verkrijgen van informatie. We kunnen dus noch de politie noch de advocatuur kwalijk nemen dat zij psychologische kwetsbaarheden moeilijk herkennen. Maar beide partijen zouden er wel een gewoonte van moeten maken om tijdig het advies van forensische gedragsdeskundigen te raadplegen. Hiervoor dient op eerste plaats een standvastige samenwerking tussen politiediensten, advocatuur en forensische gedragsdeskundigen bewerkstelligd te worden. Daarnaast moet het voor politie en advocatuur duidelijk zijn bij wie zij hiervoor terecht kunnen komen. Een officiële erkenning van de forensische gedragsdeskundige als specifieke beroepstak is hiervoor noodzakelijk.

We hopen met behulp van dit hoofdstuk de lezer gesensibiliseerd te hebben voor de variëteit aan mogelijke psychologische kwetsbaarheden bij verdachten. Erkenning voor deze problematiek door zowel politie, advocatuur als het beleid verhoogt de kans op een eerlijk gerechtelijk onderzoek en proces. Daarnaast zal een tijdige identificatie de allocatie van adequate en vaak beperkte psycho-medische behandelingsmogelijkheden efficiënter doen verlopen. Een concreet beleid hiervoor is van noodzakelijk belang, getuigt onder meer de recente zaak van Jonathan Jacob. Niet alleen zijn deze zaken bevorderlijk voor het welzijn en veiligheid van de verdachte, maar het zal ook voordelig zijn voor het politioneel onderzoek. Identificatie en op gepaste wijze omgaan met psychisch kwetsbare verdachten verkleint de kans op (juridische) fouten tijdens het politioneel proces en helpt de kans op foute informatie of zelfs valse bekentissen te verkleinen. In het volgende hoofdstuk worden concrete handvatten voor het omgaan met kwetsbare verdachten aangereikt.

## 6. LITERATUUR

- ✓ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.), Washington, DC, 1994, Author.
- ✓ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.), Washington, DC, 2013, Author.

- 
- ✓ ASCH, S.E., “Opinions and social pressure”, *Scientific American* 1955, 193, 31-35.
  - ✓ BAXTER, J., CHARLES, K. en MARTIN, M., “The relative influence of leading questions and negative feedback on response change on the Gudjonsson Suggestibility Scale (2): Implications for forensic interviewing”, *Psychology Crime & Law* 2013, 19, 37-41, doi: 10.1080/1068316X.2011.631538.
  - ✓ BERGEN, S. V. A. N., HORSELENBERG, R., MERCKELBACH, H., JELICIC, M. and BECKERS, R., “Memory Distrust and Acceptance of Misinformation”, *Applied Cognitive Psychology* 2013, 24, 885–896. doi: 10.1002/acp.
  - ✓ BLAGROVE, M.en AKEHURST, L., “Personality and the modulation of effects of sleep loss on mood and cognition”, *Personality and Individual Differences* 2013, 30(5), 819–828. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00075-1.
  - ✓ BURTON, M., EVANS, R. en SANDERS, A., *Are special measures for vulnerable and intimidated witnesses working? Evidence from the Criminal Justice Agencies*. Online Report 01/06. Home Office, London.
  - ✓ EBBINGHAUS, H., *Memory: a contribution to experimental psychology*, New York, Dover, 1885/1974.
  - ✓ EVERINGTON, C. en FULERO, S., “Competence to confess: Measuring understanding and suggestibility of defendants with mental retardation”, *Mental Retardation* 1999, 37, 212-220. doi: 10.1352/0047-6765(1999)037<0212:CTCMUA>2.0.CO;2.
  - ✓ FINLAY, W. en LYONS, E., “Acquiescence in interviews with people who have mental retardation”, *Mental Retardation* 2002, 40, 14-29. doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0014:AIWPW>2.0.CO;2.
  - ✓ GUDJONSSON, G.H., *The Gudjonsson Suggestibility Scales manual*, Hove, Psychology, 1997.
  - ✓ GUDJONSSON, G. H., *The Psychology of Interrogations and Confessions. A Handbook*, Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 2003.
  - ✓ GUDJONSSON, G.H., “The psychological vulnerabilities of witnesses and the risk of false accusations and false confessions” in A. HEATON-ARMSTRONG, E. SHEPHERD, G. GUDJONSSON en D. WOLCHOVER (eds.), *Witness testimony. Psychological, investigative and evidential perspectives*, Oxford, Oxford University Press, 2006, 61-75.  
GUDJONSSON, G.H., “Psychological vulnerabilities during police interviews. Why are they important?”, *Legal and Criminological Psychology* 2010, 15, 161-175. doi: 10.1348/135532510X500064.
  - ✓ GUDJONSSON, G.H., CLARE, I., RUTTER, S. en PEARSE, J., *Persons at risk during interviews in police custody: The identification of vulnerabilities*. Royal commission on criminal justice. London, HMSO, 1993.

- ✓ GUDJONSSON, G.H., & CLARK, N.K., "Suggestibility in police interrogation: a social, psychological model", *Social Behavior* 1986, 1, 83-104.
- ✓ GUDJONSSON, G.H., HANNESDOTTIR, K., AGUSTSSON, T. Þ., SIGURDSSON, J., GUDMUNSDOTTIR, A., ÞORDARDOTTIR, Þ., TYRFINGSSON, Þ., *et al.*, "The relationship of Alcohol Withdrawal Symptoms To Suggestibility and Compliance", *Psychology, Crime & Law* 2004, 10, 169-177. doi:10.1080/10683160310001609979.
- ✓ GUDJONSSON, G.H., HANNESDOTTIR, K., PETURSSON, H. en TYRFINGSSON, T., "The effects of alcohol withdrawal on memory, confabulation, and suggestibility", *Nordic Journal of Psychiatry* 2000, 54, 213-220. doi: 10.1080/080394800750019132.
- ✓ GUDJONSSON, G.H., SIGURDSSON, J.F., EINARSSON, E., BRAGASON, O.O. en NEWTON, A.K., "Interrogative suggestibility, compliance and false confessions among prisoners and their relationship with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms", *Psychological Medicine* 2008, 38, 1037-1044. doi: 10.1017/S0033291708002882.
- ✓ GUDJONSSON, G.H. SIGURDSSON, J.F., BRYNJOLFSDOTTIR, B en HREINSDOTTIR, H., "The relationship of compliance with anxiety, self-esteem, paranoid thinking and anger", *Psychology, Crime and Law* 2002, 8, 145-153. doi: 10.1080/10683160290017538.
- ✓ GUDJONSSON, H. en SINGH, K., "The relationship between criminal and interrogative suggestibility delinquent boys conviction among", *Journal of Adolescence* 1984, 7, 29-34. doi: 10.1016/0140-1971(84)90045-9.
- ✓ GUDJONSSON, G. H., YOUNG, S. en BRAMHAM, J., "Interrogative suggestibility in adults diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). A potential vulnerability during police questioning", *Personality and Individual Differences* 2007, 43, 737-745. doi: 10.1016/j.paid.2007.01.014.
- ✓ HOWIE, P., SHEEHAN, M., MOJARRAD, T. en WRZESINSKA, M., "'Undesirable' and 'desirable' shifts in children's responses to repeated questions: age differences in the effect of providing a rationale for repetition", *Applied Cognitive Psychology* 2004, 18, 1161-1180. doi: 10.1002/acp.1049.
- ✓ INBAU, F.E., REID, J.E., BUCKLEY, J.P. en JAYNE, B.C., *Criminal interrogation and confessions*, Boston, MA: Jones and Bartlett, 2004.
- ✓ KASSIN, S., "False Confessions. Causes, Consequences, and Implications for Reform", *Current Directions in Psychological Science* 2008, 17, 249-254. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2008.00584.x.
- ✓ KASSIN, S. M., DRIZIN, S. A., GRISSO, T., GUDJONSSON, G. H., LEO, R. A. en REDLICH, A. D., "Police-induced confessions: risk factors and recommendations", *Law and Human Behaviour* 2010, 34, 3-38. doi:10.1007/s10979009-9188-6.

- 
- ✓ KASSIN, S. M. en GUDJONSSON, G. H., “The Psychology of Confessions A Review of the Literature and Issues”, *American Psychological Society* 2004, 5, 33-68.
  - ✓ LOFTUS, E. F., “Planting misinformation in the human mind: a 30-year investigation of the malleability of memory”, *Learning & memory* 2005, 12, 361-6. doi:10.1101/lm.94705.
  - ✓ LOFTUS, E. F. en PALMER, J. C., “Reconstruction of auto-mobile destruction: An example of the interaction between language and memory”, *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour* 1974, 13, 585-589. doi: 10.1016/S0022-5371(74)80011-3.
  - ✓ MCGROARTY, A. en BAXTER, J. S., “Interrogative pressure in simulated forensic interviews: the effects of negative feedback”, *British journal of psychology* 2007, 98, 455–65. doi:10.1348/000712606X147510.
  - ✓ MILGRAM, S., *Obedience to authority: An experimental view*, New York, Harper & Row, 1963.
  - ✓ MILNE, R. en BULL, R., *Investigative interviewing: Psychology and practice*, Chichester, Wiley, 1999.
  - ✓ NORTH, A., RUSSELL, A. en GUDJONSSON, G., “High functioning autism spectrum disorders: an investigation of psychological vulnerabilities during interrogative interview”, *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2008, 19, 323–334. doi:10.1080/14789940701871621.
  - ✓ O’CONNELL, M. J., GARMOE, W. en GOLDSTEIN, N. E. S., “Miranda comprehension in adults with mental retardation and the effects of feedback style on suggestibility”, *Law and Human Behavior* 2005, 29, 359–369. doi:10.1007/s10979-005-2965-y.
  - ✓ OGLOFF, J., WARREN, L., TYE, C., BLAHER, F. en THOMAS, S., “Psychiatric symptoms and histories among people detained in police cells”, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2011, 46(9), 871–80. doi:10.1007/s00127010-0256-5.
  - ✓ PENNE, H., RAES, A., DEVEUX, E., DELADRIERE, A., KEULENAER, S. D. E., FRANSSENS, M. en DECRAMER, K. (2012). *Evaluatie Salduz-Wet. Derde tussentijds rapport*. Retrieved from <http://www.dsb-spc.be/doc/pdf/Salduz3nl.pdf>.
  - ✓ PORTER, S., JUODIS, M., LEANNE, M., KLEIN, R. en WILSON, K., “Evaluation of the effectiveness of a brief deception detection training program”, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2010, 21, 66-76. doi: 10.1080/14789940903174246.
  - ✓ SALSEDA, L. M., DIXON, D. R., FASS, T., MIORA, D. en LEARK, R. A., “An evaluation of Miranda rights and interrogation in autism spectrum disorders”, *Research in Autism Spectrum Disorders* 2011, 5(1), 79-85. doi: 10.1016/j.rasd.2010.06.014.



- ✓ SHARROCK, R. en GUDJONSSON, G.H., "Intelligence, previous convictions and interrogative suggestibility – A path-analysis of alleged false-confession cases", *British Journal of Clinical Psychology* 1993, 32, 169-175.
- ✓ SHUTERLAND, R. en HAYNE, H., "The effect of postevent information on adult's eyewitness reports", *Applied Cognitive Psychology* 2001, 15, 249-263.
- ✓ SMEETS, T., JELICIC, M., PETERS, M. J. V., CANDEL, I., HORSELENBERG, R. en MERCKELBACH, H., "'Of course I remember seeing that film' - how ambiguous questions generate crashing memories", *Applied Cognitive Psychology* 2006, 20, 779-789. doi:10.1002/acp.1205.
- ✓ SØNDENAA, E., RASMUSSEN, K., PALMSTIERNA, T. en NØTTESTAD, J. A., "The usefulness of assessing suggestibility and compliance in prisoners with unidentified intellectual disabilities", *Scandinavian journal of psychology* 2010, 51, 434-438. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00811.x.
- ✓ WHITE, W.S., "Confessions in capital cases", *University of Illinois Law Review* 2003, 4, 979-1036.
- ✓ WRIGHT, A. M. en HOLLIDAY, R. E., "Enhancing the recall of young, young-old and old-old adults with cognitive interviews", *Applied Cognitive Psychology* 2007, 21, 19-43. doi:10.1002/acp.1260.
- ✓ WRIGHT, D.B., LOFTUS, E.F. en HALL, M., "Now you see it; now you don't: Inhibiting recall and recognition of scenes", *Applied Cognitive Psychology* 2001, 15, 471-482. doi: 10.1002/acp.719.abs.
- ✓ YOUNG, S., "Forensic aspects of ADHD" in Ml. Fitzarald, M. Bellgrove M.en Gill (eds.), *Handbook of attention deficit hyperactivity disorder*, Chichester, John Wiley & Sons, 2007, 91-108.



# HET HOREN VAN KWETSBARE VERDACHTEN<sup>1</sup>

Jannie VAN DER SLEEN  
Recherchepsycholoog en rechtspsycholoog

---

1. Taal	125
2. De introductiefase van het verhoor	126
3. Verhoor over het strafbare feit	131
4. Afsluiting van het verhoor	136
5. Besluit	136
6. Literatuur	136

---

In dit hoofdstuk worden praktische adviezen gegeven voor het aanpassen van het verdachtenverhoor aan kwetsbare verdachten. Kwetsbare verdachten zijn verdachten bij wie een groter risico bestaat op een (onbewust) onjuiste verklaring als gevolg van een mentale handicap, geestesziekten of andere stoornissen of problemen.<sup>2</sup> Ook minderjarige verdachten vallen onder de groep kwetsbare verdachten. Het doel van een verdachtenverhoor – als onderdeel van het opsporingsonderzoek – is waarheidsvinding. Enerzijds moet de verhoorder een situatie creëren waarin de verdachte optimaal de gelegenheid krijgt om zijn verhaal te vertellen, althans als de verdachte dat wil. De verhoorder bevordert daarmee het ontstaan van een accurate verklaring. Anderzijds moet de verhoorder voorkomen dat de verdachte, bijvoorbeeld door een beïnvloedende werkwijze, een inaccuraat verhaal gaat vertellen waardoor de verdachte schuldiger lijkt dan hij is. Op beide situaties wordt hieronder ingegaan.

Veel van de onderstaande adviezen passen bij mentaal gehandicapte verdachten, maar kunnen ook bij andere kwetsbare verdachten gebruikt worden afhankelijk van het niveau van deze verdachten. Overigens is het van belang te vermelden

---

1 Deze bijdrage verscheen eerder in de Politiegids “Het verdachtenverhoor: meer dan het stellen van vragen”, Wolters Kluwer, 2014.  
2 Zie voor uitgebreidere informatie hierover  het hoofdstuk van K. UZIEBLO.

---

dat er geen adviezen te geven zijn die zonder meer op elke kwetsbare verdachte toegepast kunnen worden. Het aanpassen van het verhoor aan een kwetsbare verdachte is maatwerk. Daarom moet bij iedere verdachte opnieuw gekeken worden wat deze verdachte in het verhoor nodig heeft om het verhoor zo optimaal mogelijk te laten verlopen en op welk niveau de verdachte aangesproken moet worden. Het kan bijvoorbeeld funest zijn als een verhoorder bij de start van een verhoor van een zwakbegaafde verdachte op een te kinderlijk niveau start. De verdachte voelt zich dan niet serieus genomen en dit zal het afleggen van een verklaring niet ten goede komen.

Om een inschatting te kunnen maken hoe het verhoor aangepakt moet worden, kan de verhoorder voorafgaand aan het verhoor zo mogelijk informatie inwinnen over het niveau van de verdachte, over psychische problemen van de verdachte, over de manier waarop de verdachte 'geholpen' kan worden als hij te veel stress gaat ervaren, over de tijdsbeleving van de verdachte, over de mate van meegaandheid van de verdachte, over de geheugenwerking van de verdachte, over het taalbegrip en de taalproductie van de verdachte, over specifieke cognitieve problemen van de verdachte, over medicijngebruik van de verdachte en de gevolgen daarvan voor het verhoor, etc. Vaak hebben dergelijke verdachten een voorgeschiedenis in de hulpverlening. Een bevraging van deze hulpverleners kan dan behulpzaam zijn, zodat de verhoorder een duidelijk zicht krijgt op de problematiek. Hierbij dient opgemerkt te worden dat men zeer dicht aanleunt tegen de grens van het beroepsgeheim en dat toestemming van de verdachte nodig kan zijn voor het inwinnen van informatie bij een hulpverlener. Naast het inwinnen van informatie vooraf, is uiteraard voortdurende alertheid tijdens het verhoor nodig.

De verhoren van kwetsbare verdachten vragen een specifieke aanpak. Het is daarom wenselijk dat bij deze verhoren verhoorders worden betrokken die een zeker inzicht hebben in de problematiek van dit type verdachten. Hierbij kan gedacht worden aan personen die getraind zijn in het verhoren van minderjarigen (TAM). Minderjarigen behoren immers ook tot de kwetsbare groep en er is qua aanpak van het verhoor van kwetsbare verdachten overlap met het verhoor van minderjarigen.

## 1. TAAL

Alvorens in te gaan op de verschillende fasen van het verhoor enkele algemene adviezen met betrekking tot het taalgebruik in het verhoor van een kwetsbare verdachte<sup>3</sup>:

- ✓ *houd als verhoorder het spreektempo laag.* Dit is een eenvoudig, maar moeilijk toepasbaar advies omdat ons spreektempo geautomatiseerd is. Het is daarmee iets waar de verhoorder zich voortdurend van bewust moet zijn;
- ✓ *gebruik als verhoorder dezelfde termen als de verdachte.* Als de verdachte spreekt over ‘een huis’, spreek dan als verhoorder niet over ‘een woning’. Het gebruik van verschillende termen voor hetzelfde begrip, kan verwarring in de hand werken;
- ✓ *houd samenvattingen kort.* Herhaal/parafraseer steeds kort wat de verdachte heeft gezegd, maar onthoudt u van lange samenvattingen. Deze zijn voor een kwetsbare verdachte vaak niet te volgen en hebben derhalve geen functie;
- ✓ *check steeds wat een verdachte met een bepaalde term bedoelt.* Een verdachte van een brandstichting vertelde dat hij ‘pannenkoeken ging bakken’. De verhoorder veronderstelde hierbij automatisch dat hier vuur aan te pas kwam en ging daar bij vervolgvragen van uit. De verdachte bedoelde met ‘pannenkoeken bakken’ echter het opwarmen van pannenkoeken in de magnetron. Dit leidde in het verhoor tot langdurige spraakverwarring tussen verhoorder en verdachte;
- ✓ *gebruik geen samengestelde vragen.* Dus niet: “Is Geert een vriend van jou of helpt hij jou alleen maar?” Stel één vraag tegelijk;
- ✓ *laat een stilte vallen na een vraag en vul deze stilte niet te snel in.* Kwetsbare verdachten hebben vaak meer tijd nodig om een vraag te verwerken en het antwoord op de vraag te formuleren. Wanneer de verhoorder te snel een nieuwe vraag stelt of uitleg geeft, moet de verdachte ‘van voren af aan beginnen’.

Communiceren met twee mensen tegelijk is moeilijker dan met één persoon. Wanneer er twee verhoorders het verhoor uitvoeren is het daarom wenselijk dat een van de twee het woord voert. Het is echter vaak nog beter dat er slechts één verhoorder in de verhoorruiimte aanwezig is. Dergelijke verhoren dienen daarom best te worden afgenomen in een verhoorkamer, welke is voorzien van audiovisuele hulpmiddelen. De tweede verhoorder kan plaatsnemen in de regiekamer. Hij kan dan functioneren als een back-up voor de verhoorder in

<sup>3</sup> Overigens zijn deze adviezen in elk verhoor bruikbaar, maar bij een kwetsbare verdachte is toepassing ervan extra van belang.

---

de verhoorstudio. Tussen beide verhoorders dient enige vorm van communicatie mogelijk te zijn. Dit kan gerealiseerd worden door communicatie via twee computers, maar kan ook doordat de verhoorder de studio even verlaat om zich te begeven naar de regiekamer om te overleggen. Hierdoor ontstaat een kleine pauze, waardoor de verdachte tevens de kans krijgt om even na te denken of tot rust te komen. De audiovisuele registratie dient evenwel verder te blijven functioneren, zodat kan worden aangetoond dat er van manipulatie vanwege de verhoorders geen sprake is.<sup>4</sup>

## **2. DE INTRODUCTIEFASE VAN HET VERHOOR**

Bij aanvang van het verhoor kan de verhoorder beginnen met zich op een rustige wijze voor te stellen (naam, graad, dienst). Verdachten met een autismespectrumstoornis vinden het nogal eens vervelend om aangeraakt te worden. Vraag u voorafgaand aan het verhoor als verhoorder af of de verdachte eraan gewend is dat iemand hem aanraakt en of de verdachte dit mogelijk onprettig vindt. Een oplossing kan zijn om eventuele aanrakingen aan te kondigen: “Ik ga u eerst een hand geven.”

Voordat de verhoorder kan beginnen met het stellen van vragen, krijgt een verdachte uitleg over de positie en situatie waarin hij zich bevindt. De verdachte moet weten waarvan hij wordt verdacht en dat hij niet verplicht is te antwoorden op de gestelde vragen. Bovendien krijgt hij uitleg over eventuele auditieve of audiovisuele registratie, het verloop van het verhoor en de verdere procedure.

Om een kwetsbare verdachte de gelegenheid te geven deze informatie tot zich te nemen, is het van belang dat de verhoorder de informatie in ‘brokken’ aanbiedt en niet alle informatie in een keer geeft. Hij kan daarbij bovendien aan de verdachte uitleggen dat hij moet checken of de verdachte de informatie goed begrijpt. De verhoorder kan bijvoorbeeld zeggen: “Naam verdachte, ik ga u vier dingen uitleggen. Ik moet u die vier dingen goed uitleggen. Dat ben ik verplicht. Daarom vraag ik u steeds of het duidelijk is.” De verhoorder kan dan bijvoorbeeld uitleggen waarvan de verdachte wordt verdacht en vervolgens checken of de boodschap bij de verdachte is overgekomen. “U bent hier omdat de politie denkt dat u gisteren iets heeft gestolen uit een winkel. “Wat denkt de politie dus dat u heeft gedaan?” En vervolgens: “En wanneer denkt de

---

4 Werken met regie is een vorm van specialisatie. Ofwel neem je het traditioneel verhoor op (AVR) ofwel neem je het op en werk je met een vorm van regie. We spreken dan van verhoorders TAM (minderjarigen) of VVV (videoverhoor volwassenen).

politie dat u dat heeft gedaan?” Het heeft weinig zin de verdachte uitsluitend te vragen: “Is dat duidelijk?” of “Begrijpt u dat?”. De meeste verdachten zullen daarop “Ja” zeggen. Dit is een nietszeggend antwoord. Wellicht is het mogelijk een eventueel aanwezige advocaat bij de uitleg te betrekken. Bijvoorbeeld door aan het eind van de uitleg te vragen: “Meester, kunnen wij naar uw oordeel starten met het verhoor of wilt u nog iets toevoegen?”

Een bijzonder probleem wordt gevormd door de boodschap dat de verdachte het recht heeft de vragen die gesteld worden niet te beantwoorden. Dit is een vreemde boodschap: de verhoorder vertelt dat hij vragen gaat stellen, maar dat de verdachte deze vragen niet hoeft te beantwoorden. Vervolgens starten dan de vragen en moet de verdachte kunnen beoordelen of hij er verstandig aan doet om al dan niet antwoord te geven. Eigenlijk is dit voor veel kwetsbare verdachten ondoenlijk. Om een goede beslissing te kunnen nemen, moet een verdachte ‘verder kunnen kijken’ dan het verdachtenverhoor. Hij moet zich kunnen voorstellen welke gevolgen de beslissing om nu op een vraag te antwoorden voor de toekomst kan hebben. Zelfs als de woordkeuze van de verhoorder eenvoudig is en de verdachte begrijpt dat hij zelf mag weten of hij vragen al dan niet beantwoordt, is het de vraag of dit voor een groot deel van de kwetsbare verdachten haalbaar is. Daarnaast kan het goed zijn dat de verdachte de keuze die hij heeft al snel weer vergeet: iemand stelt een vraag en dan geef je antwoord. Soms hebben verdachten van hun advocaat het advies gekregen geen antwoord te geven op de vragen die gesteld worden. Ook dit kan tot allerlei complicaties leiden: óf de verdachte neemt het advies van de advocaat zo zwaar op dat er eerder sprake is van ‘zwijgplicht’ dan van ‘zwijgrecht’. Zeker als de verhoorder vervolgens ook nog advies gaat geven, kan de verdachte volledig in verwarring raken. Verhoorder: “Uw advocaat heeft u geadviseerd om de vragen niet te beantwoorden. Maar ik weet niet of dat wel het verstandigst is. Misschien is het veel beter voor u dat u wel antwoord geeft”. Als zoiets gebeurt, ontstaat er voor een kwetsbare verdachte een gecompliceerde situatie: de ene ‘autoriteit’ geeft hem het advies geen antwoord te geven. De andere ‘autoriteit’ geeft hem het advies dit wel te doen. Wanneer een kwetsbare verdachte ‘vastloopt’ in de beslissing al dan niet te antwoorden, is het beter de advocaat te informeren en met de verdachte te laten overleggen, dan zelf met de verdachte in discussie te gaan over het advies van de advocaat.

De meeste kwetsbare verdachten hebben baat bij een gestructureerd verhoor. Dit betekent dat de verhoorder uitlegt hoelang het verhoor duurt, wanneer de pauzes zijn, wanneer er gegeten wordt, etc. Het is bij een mentaal gehandicapte verdachte of een geesteszieke verdachte niet wenselijk de hele strafrechtprocedure met de verdachte door te nemen. Dit is voor zo’n verdachte vaak niet

---

te bevatten. De uitleg kan gaan over de dag van vandaag en zich uitstrekken tot en met de nacht en de volgende ochtend. Bijvoorbeeld: “Ik ga u vandaag vragen stellen. We gaan vragen stellen tot 12 uur. U krijgt tussendoor koffie of thee. Om 12 uur hebben we een pauze. Dan krijgt u eten. Vanmiddag gaan we dan opnieuw vragen stellen tot 3 uur en dan stoppen we voor vandaag. Als u te moe wordt, kunnen we ook tussendoor een korte pauze nemen. Als we klaar zijn, dan brengt (naam/functie) u naar uw cel. U krijgt daar avondeten en u moet daar vannacht ook blijven slapen. Morgenochtend ziet u mij dan weer en praten wij verder.”

Bij het uitleggen van de structuur van het verhoor kan de verhoorder afhankelijk van het niveau van de verdachte gebruikmaken van kernwoorden die op een A4 worden geschreven of van kleine tekeningen. Zo ontstaat de tijdlijn van het verhoor. Dit kan op tafel blijven liggen, zodat het de verdachte helpt het verloop te onthouden. Veel kwetsbare verdachten hebben moeite met het onthouden van verbale boodschappen. Visualiseren helpt dan. Het is bovendien ook voor de verhoorder prettig, omdat hij zo nodig tijdens het verhoor opnieuw kan wijzen naar de gevisualiseerde structuur. Bij het gebruik van tekeningen/plaatjes is het zaak dat de verhoorder checkt of de tekening/het plaatje voor de verdachte duidelijk is. Deze tekeningen en notities kunnen in verband met transparantie na het verhoor bijgevoegd worden aan het proces-verbaal van verhoor.

Het is wenselijk de verdachte in de beginfase van het verhoor een aantal ‘instructies’ te geven. Deze instructies dienen om ervoor te zorgen dat de verdachte zich in de positie voelt om de verhoorder ‘tegen te spreken’ en zo een inaccuraatte verklaring te voorkomen. De eerste instructie betreft het verbeteren van door de verhoorder gemaakte fouten, bijvoorbeeld als hij iets samenvat wat de verdachte heeft gezegd: “Als ik iets fout zeg, mag je me verbeteren. Dan zeg je maar: “dat klopt niet” of “dat is niet goed” of “dat heb ik zo niet gezegd”.

De tweede instructie gaat over het taalgebruik van de verhoorder. Het kan gemakkelijk gebeuren dat de verhoorder woorden gebruikt die voor de verdachte onduidelijk zijn: “Als ik een moeilijk woord gebruik, dan moet je dat tegen me zeggen. Dan zeg je maar: “Dat woord ken ik niet” of “Wat bedoel je?”

Wanneer de verdachte tijdens het verhoor de instructies ‘uitvoert’, helpt het de verdachte als de verhoorder laat merken dat het ‘goed’ is dat de verdachte dit doet. Bijvoorbeeld als de verdachte de verhoorder heeft verbeterd: “Oh dat is heel goed dat je dat zegt. Dan had ik dat fout.” Of wanneer de verdachte op een



vraag van de verhoorder zegt: “Wat bedoel je?”: “Goed dat je dat vraagt. Die vraag heb ik niet goed gesteld. Ik zal de vraag op een andere manier stellen.” Ook is het zinnig dat de verhoorder gedurende het verhoor de instructies nog eens herhaalt om deze voor de verdachte ‘levend’ te houden. Wanneer een verhoorder merkt, dat de verdachte de instructies steeds vergeet, dan kan hij ervoor kiezen om de instructies te visualiseren. Bijvoorbeeld door samen met de verdachte een tekening te maken die ‘Wat bedoel je?’ voorstelt of de instructies op te schrijven en op tafel te leggen.

Bij een (mogelijk) kwetsbare verdachte, kan het zinvol zijn meer informatie over de persoon van de verdachte te verzamelen alvorens te starten met het verhoor over de zaak. Een onderwerp dat daarbij in ieder geval aan de orde moet komen is de hier-en-nu-situatie: “Hoe is het op dit moment met de verdachte?” en vooral: “Wat denkt hij dat er gaat gebeuren bij de politie?”. Verdachten hebben soms verkeerde beelden over wat hun te wachten staat en dit kan het verhoor belemmeren. Zo vertelde een verdachte tijdens een verhoor dat hij verwachtte dat er later in het verhoor iemand binnen zou komen die tegen hem zou gaan schreeuwen. Want dat had hij gezien op televisie. Zo mogelijk kan een verhoorder onjuiste beeldvorming van de verdachte bijstellen.

Ook heeft de verhoorder in deze fase van het verhoor de gelegenheid aanvullende informatie te verzamelen over het niveau van de verdachte en diens mogelijkheden en problemen. Vragen die hierbij kunnen helpen zijn:

- ✓ naar welke school bent u geweest? Wanneer er sprake is van weinig opleiding of speciaal onderwijs, dan biedt dit de verhoorder informatie;
- ✓ wat doet u overdag? Wat voor werk doet u? Heeft u eerder werk gehad? Zo ja, wat voor werk? Waar gaat u overdag naar toe?;
- ✓ waar woont u? Met wie woont u?;
- ✓ hebt u ergens hulp bij? Van welke instantie?;
- ✓ wie vult uw papieren/formulieren in?;
- ✓ wie regelt uw geldzaken?;
- ✓ hoe is uw gezondheid? Wat voor klachten heeft u? Gebruikt u medicijnen? Welke medicijnen? Waarvoor zijn deze?;
- ✓ bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis of ergens anders? Waarvoor was dat?

Ook een eenvoudige rekensom kan inzicht geven. Zo kan de verhoorder vragen: “Van hoe laat tot hoe laat werkt u?” En vervolgens: “Hoeveel uur werkt u dan op een dag?” Dit laatste vraagt van de verdachte dat hij gaat rekenen in plaats van zaken op te noemen die hij uit het hoofd kent.

---

Ook het bevragen van een spreekwoord of gezegde kan informatief zijn. Bijvoorbeeld: “Weet u wat ik bedoel als ik zeg, als er één schaap over de dam is, volgen er meer?” Voor mensen die op een lager niveau functioneren en mensen met een autismespectrumstoornis, is figuurlijk taalgebruik vaak moeilijk. De verhoorder dient in het verhoor dan ook gebruik te maken van letterlijke taal. Ook grapjes en humor zijn vaak af te raden, omdat de verdachte dit niet begrijpt.

Soms zijn verdachten erg gespannen. Dit kan ertoe leiden dat zijn op een (nog) lager niveau functioneren dan waartoe zij onder gunstige omstandigheden optimaal in staat zijn. Het is in dat geval zinvol te proberen de verdachte iets te laten ‘ontspannen’. Dit kan bijvoorbeeld door een onderwerp aan de orde te stellen waarover de verdachte graag spreekt. Iets waar hij veel van weet of goed in is.

Wanneer onderwerpen besproken worden tijdens het persoonsgerichte verhoor met een kwetsbare verdachte, dan moet dit op een concreet niveau gebeuren. Abstracte vragen als: “Wat betekenen uw ouders voor u?” zijn veelal te moeilijk. Beter is dan: “Hoe heten uw ouders?”, “Waar wonen uw ouders?”, “Hoe vaak ziet u uw ouders?”, “Wat doet u met uw ouders samen?”, etc.

De verhoorder heeft daarnaast de mogelijkheid onderwerpen te bespreken die een relatie hebben met het delict waarvoor de verdachte is aangehouden. Wanneer een verdachte is aangehouden voor een geweldsdelict, dan kan bijvoorbeeld in deze fase van het verhoor met de verdachte gesproken worden over het onderwerp ‘geweld’. Zoals al eerder genoemd, moet een dergelijk onderwerp op een concreet niveau besproken worden. Een vraag als: “Wanneer vindt u het gebruik van geweld te rechtvaardigen?”, zal voor een verdachte die op een lager niveau functioneert niet te begrijpen en te beantwoorden zijn. Beter is het dan bijvoorbeeld te vragen: “Wanneer bent u wel eens heel erg boos geweest?”, “Wat had... toen gedaan?”, “Wat deed u toen?”, etc.

Ook kan de verhoorder een indruk krijgen van de geheugenwerking van de verdachte en diens tijdsbeleving. De verhoorder kan checken of de verdachte weet welke dag, welke maand en welk jaar het is. Ook kan hij vragen stellen over een gebeurtenis in het verleden om een indruk te krijgen op welke wijze en hoe gedetailleerd de verdachte daarover kan vertellen.

Het is van belang af te wegen hoeveel tijd de verhoorder wil besteden aan het stellen van vragen over de persoon van een kwetsbare verdachte. Enerzijds omdat een kwetsbare verdachte over het algemeen een kortere spanningsboog

heeft dan een ‘normale’ verdachte en minder lang geconcentreerd kan blijven. Terwijl anderzijds door het lagere tempo van het verhoor bij veel van dit type verdachten alles langer duurt. Voorafgaand aan het verhoor dient een verhoorder zich dus goed af te vragen óf hij in het verhoor informatie moet verzamelen over de persoon van de verdachten en zo ja, welke onderwerpen absoluut aan de orde moeten komen. Prioriteiten stellen is van belang om de duur van dit onderdeel van het verhoor binnen de perken te houden.

### **3. VERHOOR OVER HET STRAFBARE FEIT**

Bij het stellen van vragen aan de verdachte over het delict waarvan hij wordt verdacht, is een aantal adviezen te geven. Deze worden hieronder puntsgewijs weergegeven:

Het belangrijkste risico bij het zaakgerichte verhoor van een kwetsbare verdachte is dat de verdachte zich laat beïnvloeden door de verhoorder en er op die manier een inaccuraat verklaring ontstaat. Een uiterste vorm hiervan is een valse bekentenis. Dit kan zijn omdat de verdachte suggesties die de verhoorder doet, voor waar aanneemt en in zijn eigen herinnering opneemt: de verdachte is suggestibel. Dit kan ook gebeuren omdat de verdachte tegemoet wil komen aan wat de verhoorder van hem wil: ‘compliance’ of meegaandheid.<sup>5</sup>

Verdachten met psychotische<sup>6</sup> problematiek (denk onder andere aan mensen met schizofrenie) hebben moeite te ontrafelen welke informatie in hun geheugen afkomstig is van daadwerkelijke gebeurtenissen en welke informatie zij zelf hebben verzonnen of van anderen hebben gehoord (bronverwarring). Zij zijn daardoor gevoelig voor suggesties die worden aangedragen. Ook is het riskant deze mensen te laten speculeren over hoe het delict gepleegd zou kunnen zijn, omdat ze de bron van deze fantasie mogelijk later niet meer kunnen achterhalen en daardoor werkelijkheid en fantasie niet meer kunnen ontrafelen.

Minderjarige verdachten zijn gemiddeld niet suggestibeler dan volwassenen, maar wel zijn zij gemiddeld meer ‘compliant’ (zie artikel UZIEBLO). ‘Compliance’ wordt in de hand gewerkt door het geven van positieve feedback op ‘gewenste’ antwoorden (dat wil zeggen, antwoorden richting een bekentenis)

<sup>5</sup> Zie hierover het hoofdstuk van K. UZIEBLO.

<sup>6</sup> Als iemand psychotisch is, dan is hij het normale contact met ‘de realiteit’ kwijtgeraakt. Er kan sprake zijn van hallucinaties (dingen zien of horen die er niet zijn), wanen (overtuigingen die niet in overeenstemming zijn met ideeën van mensen in de omgeving, bijvoorbeeld het idee dat mensen je willen vergiftigen). Het denkproces verloopt vaak chaotisch.

---

en negatieve feedback op 'ongewenste' antwoorden. Dit proces wordt 'shaping' genoemd: de verhoorder stuurt de verdachte langzamerhand richting de verklaring die hij wil hebben.

*Verhoorder: "Ben u die dinsdagavond in het winkelcentrum geweest?"*

*Verdachte: "Dat weet ik niet meer, dat is al zo lang geleden."*

*Verhoorder: "Denk even goed na, bent u er die avond geweest of niet?"*

*Verdachte: "Ik kan het me gewoon niet herinneren."*

*Verhoorder: "Ach praat niet zo'n onzin. Dat weet u best. "*

*Verdachte: "Nee, echt niet, ik weet het niet meer. Het is al zo lang terug."*

*Verhoorder: "Schei nou toch uit met die onzin dat u het niet meer weet. U weet het wel."*

*Verdachte: "Het zou kunnen dat ik er geweest ben."*

*Verhoorder: "Kijk, dat gaat de goede kant op. Ik ben blij dat je hier duidelijkheid over geeft."*

Mentaal gehandicapte verdachten zijn gemiddeld zowel meer suggestibel als meer 'compliant' dan normaal begaafde verdachten. Een probleem dat zich bij hen ook voor kan doen, is dat zij twijfelen aan hun eigen geheugen ('geheugenwantrouwen'). Wanneer mensen twijfelen aan hun eigen geheugen en denken dat het geheugen van anderen beter werkt dan dat van henzelf (hetgeen bij mentaal gehandicapten nogal eens het geval is), dan zullen zij suggesties die hen worden aangedragen sneller voor waar aannemen.

Niet alle kwetsbare verdachten zijn even suggestibel en/of 'compliant'. Dit verschilt zeer per persoon. Bovendien kunnen normaal begaafde volwassenen ook suggestibel of 'compliant' zijn. Bij een verhoor van een kwetsbare verdachte moet hiermee echter meer rekening gehouden worden, omdat het risico gemiddeld genomen groter is.

Een kwetsbare verdachte heeft vaak weinig inzicht in eigen motieven of de motieven van anderen. 'Waarom'-vragen zijn daarom voor kwetsbare verdachten moeilijk te beantwoorden. "Waarom deed jij dat?", is dan ook voor veel van deze verdachten een moeilijke vraag. Een verhoorder kan altijd proberen of de verdachte op deze vraag kan antwoorden. Als dit niet lukt, heeft het echter weinig zin in deze vraag te blijven 'hangen'. Een voorbeeld waarin dat wel gebeurde:

*Verhoorder: "Waarom deed jij dat?"*

*Verdachte: "Ja, waarom....?"*

*Verhoorder: "Daar heb je toch wel een antwoord op. Je weet toch wel waarom je zoiets doet?"*

*Verdachte: "Ja waarom. Ik deed het. Ik was in paniek."*

*Verhoorder: "Ja, maar wat ging er dan op dat moment door je heen, wat dacht je, wat voelde je?"*

*Verdachte: "Tsja...wat dacht ik."*

*Verhoorder: "Denk nog eens goed na. Denk nog es terug aan dat moment."*

*Verdachte: "Ik weet het gewoon niet."*

*Verhoorder: "Was je misschien bang om....."*

*Verdachte: "Ja misschien wel."*

In dit voorbeeld probeert de verhoorder eerst om de verdachte door middel van open vragen een antwoord te laten geven op de vraag waarom hij iets heeft gedaan. Als dit niet lukt, ook niet na herhaaldelijk vragen, geeft de verhoorder een suggestie. Juist omdat de verdachte het antwoord op de vraag niet kan geven en begrijpt dat er toch wel een antwoord verwacht wordt, gaat hij mogelijk gemakkelijk mee in de suggestie.

Omdat een verdachte die op een lager niveau functioneert, maar ook een autistische verdachte zich moeilijk kan inleven in de gevoelens van anderen, heeft het weinig zin te verwachten dat de verdachte empathie zal voelen met het slachtoffer. Vragen als: "Wat denkt u dat die man voelde toen iemand daar binnenkwam met een pistool?" en "Zou u ook niet willen dat degene die dat gedaan had, dat eerlijk vertelde?", hebben dan ook weinig zin.

De verhoorder kan een kwetsbare verdachte helpen te vertellen over een gebeurtenis door 'de dia voor te zetten'. Dit houdt in dat de verhoorder de verdachte een startpunt geeft van waaruit hij vertelt. Bijvoorbeeld: "Je deed je jas aan. Je liep naar de deur. En toen?" Dit is voor een dergelijke verdachte veel gemakkelijker dan de vraag: "Wat gebeurde er nadat je jas had aangedaan?" of erger nog: "Wat gebeurde er daarna?"

Vragen kunnen zich tijdens het zaakgerichte verhoor beter richten op handelingen dan op tijdstippen, frequenties en motieven. Vragen over handelingen en de daaraan gekoppelde locaties waar deze plaatsvonden, kunnen ook door kwetsbare verdachten in de regel goed beantwoord worden. Uiteraard wil een verhoorder graag een tijdlijn in beeld brengen tijdens een verhoor. Dit kan de verhoorder bijvoorbeeld doen door niet over tijdstippen van de verschillende handelingen te praten, maar door volgordes van handelingen te bespreken. Visualiseren van een tijdlijn kan hierbij zeer behulpzaam zijn. Dit kan bijvoorbeeld als volgt:

Afbeelding 1: Gevisualiseerde tijdlijn.

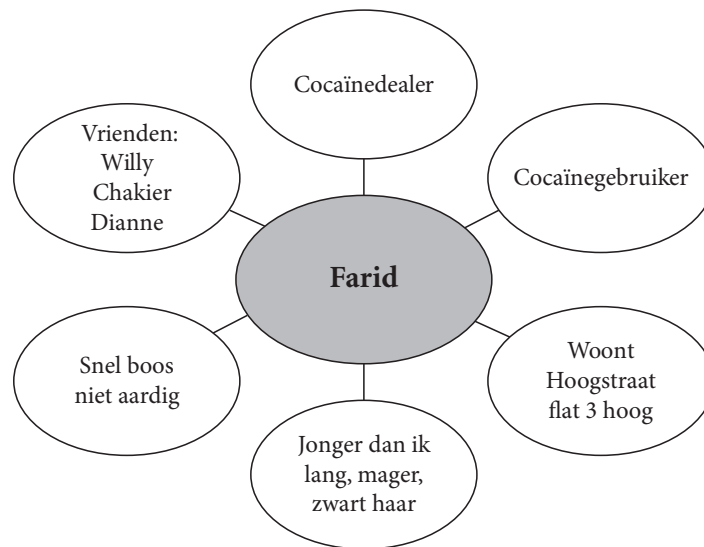


De verdachte kan op deze manier schuiven met de verschillende velletjes.

Visualiseren kan overigens ook helpen bij het bespreken van verschillende onderwerpen of personen. De verhoorder kan de verschillende onderwerpen op verschillende A4'tjes schrijven. Vervolgens het A4'tje met het onderwerp waarover op dat moment gesproken wordt op tafel leggen en de rest weghalen (hiermee houdt de verhoorder ook gemakkelijker de structuur van het gesprek vast). Kernwoorden die betrekking hebben op dat onderwerp kunnen op dit A4'tje bijgeschreven worden. De verhoorder kan hier creatief in zijn door bijvoorbeeld verschillende kleuren te gebruiken voor verschillende personen of onderwerpen. Ook kan de verhoorder de verdachte zelf dingen laten tekenen en daarbij uitleg laten geven of samen met de verdachte een eenvoudige 'mindmap' maken. Tevens kan gebruikgemaakt worden van 'streetview' of 'Google Earth' om zaken te visualiseren. Soms helpt het om een verdachte iets te laten voordoen. Visualiseren is een gebied dat weinig ontwikkeld is binnen het verdachtenverhoor. Omdat kwetsbare verdachten vaak een matig auditief

geheugen hebben, kan visualiseren hen juist helpen om informatie vast te houden. Tekeningen, ‘mindmaps’ en dergelijke kunnen bij het proces-verbaal van het verhoor gevoegd worden.

Afbeelding 2: Voorbeeld mind map.



Bij het voorleggen van confrontatiemateriaal aan een kwetsbare verdachte, moet de verhoorder erop letten dat de verdachte de confrontatie echt duidelijk is. Een mentaal gehandicapte verdachte kan bijvoorbeeld denken: “Ik heb hem (de getuige) niet gezien, dus hoe kan hij mij dan gezien hebben?” Het is daarom zaak confrontaties zo concreet mogelijk te maken. Ook hierbij kan een tekening soms helpen.

Wanneer een kwetsbare verdachte onder druk komt te staan tijdens het verhoor, is het mogelijk dat hij door de ontstane spanning ‘slechter’ gaat functioneren. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat iemand helemaal dichtklapt of erg gaat huilen. Het is op zo’n moment niet zinvol te vragen naar de reden van dit gedrag, omdat de verdachte hierop zeker op zo’n moment geen antwoord kan geven. Beter is het dan om even een korte pauze in te lassen, op geruststellende toon te praten (inhoud van de taal komt op zo’n moment toch niet binnen) en iemand even de tijd te geven om weer ‘op orde’ te komen om vervolgens het verhoor te vervolgen.

---

#### **4. AFSLUITING VAN HET VERHOOR**

Voor veel kwetsbare verdachten is het moeilijk de concentratie op te brengen om het hele proces-verbaal van het verhoor zorgvuldig door te lezen. Beter is het korte stukken met de verdachte door te nemen en te vragen of dit goed genoteerd is. Met name als het proces-verbaal meerdere pagina's tekst beslaat. Daarnaast is het bij een mentaal gehandicapte verdachten de vraag of deze kan lezen en zal het proces-verbaal mogelijk voorgelezen moeten worden.

Bij de afsluiting van het verhoor hoort een uitleg wat er nu verder gaat gebeuren. Het is daarbij wenselijk de uitleg te beperken tot hoofdlijnen en niet in allerlei details te treden, tenzij de verdachte hier zelf om vraagt of al tijdens het verhoor duidelijk is geworden dat hij dit aankan.

#### **5. BESLUIT**

Het horen van kwetsbare verdachten vereist aanpassing en flexibiliteit van een verhoorder. Hiervoor is een aantal algemene adviezen te geven, maar daarnaast vereist elke kwetsbare verdachte maatwerk. Per verdachte zal de verhoorder moeten onderzoeken wat deze verdachte nodig heeft om een zo volledig en accuraat mogelijke verklaring af te leggen (indien de verdachte daartoe tenminste bereid is) en om een inaccuraat verklaring te voorkomen.

De raadsman van de verdachte speelt zeker bij kwetsbare verdachten een grote rol. Veel kwetsbare verdachten realiseren zich niet in welke positie zij zich bevinden en zijn niet in staat de consequenties van hun handelen te overzien. Om te zorgen dat de raadsman zijn rol optimaal kan vervullen, kan er bij kwetsbare verdachten voor gekozen worden om, naast consultatie vooraf, de raadsman bij het verhoor aanwezig te laten zijn of de raadsman de mogelijkheid te bieden in een andere ruimte mee te kijken met het verhoor en indien gewenst het verhoor te onderbreken voor overleg tussen de verdachte en diens raadsman.

#### **6. LITERATUUR**

- ✓ VAN AMELVOORT, A., RISPENS, I. en GROLMAN, H., *Handleiding Verhoor*, Amsterdam, Reed Business bv., 2012.
- ✓ DE BRUIN, C., *Auti-communicatie. Geef me de 5*. Doetinchem, Graviant Educatieve Uitgaven, 2012.
- ✓ NIEROP, N., "Juridische en Psychologische Aspecten van het Verdachtenverhoor" in A. VAN WIJK, R.A.R. BULLENS en P. VAN DEN ESHOF



(red.), *Facetten van Zedencriminaliteit* (2007), 's-Gravenhage, Reed Business Information bv., 193-210.

- ✓ DE RUITER, C., PETERS, M. en SMEETS, T., “Psychisch kwetsbare verdachten tijdens het politieverhoor: Nut en noodzaak van forensisch psychologische expertise”, *GZ-Psychologie* 2010, nr. 1, 18-23.
- ✓ VAN DER SLEEN, J. en HEESTERMANS, M., “Verstandelijke Beperking en Verhoor” in P.J. VAN KOPPEN, H. MERCKELBACH, M. JELICIC en J.W. DE KEIJSER (red.), *Reizen met mijn rechter* 2010, Deventer, Kluwer, 605-622.



---

# IN DIALOOG MET EEN PSYCHOPAAT

Kasia UZIEBLO

Thomas MORE Antwerpen, Ugent

Lotte SMETS

Lanista Bvba, UGent

---

1. Introductie	140
2. Psychopathie: een wetenschappelijke omkadering	141
2.1. Achter het masker van de psychopaat	141
2.2. What's in the name?	145
2.3. Het voorkomen van psychopathie	146
2.4. Psychopathie en criminaliteit	147
3. In de verhoorkamer	149
3.1. Het masker van de psychopaat ontleed	150
3.2. Omgaan met manipulatie in de communicatie	153
3.2.1. Van superman tot 'gewoon' professional	154
3.2.2. Responsabiliserend werken: werken met het voordeel van de psychopaat	156
3.2.3. Vooringenomenheid in de communicatie	157
3.3. Eigen aandeel in de communicatie	159
3.3.1. Effect vooringenomenheid	159
3.3.2. Vraag en antwoord	160
3.3.3. Effectieve tools in de communicatie	161
4. Besluit: de uitdaging in het verhoor van psychopaten	163
5. Referenties	165

---

---

## 1. INTRODUCTIE

Psychopathie is inmiddels een van de meest gekende psychologische termen die vrijwel automatisch over onze lippen rolt wanneer we over criminaliteit spreken. We denken immers vrij snel aan psychopathie wanneer het om voornamelijk zeer gewelddadige criminaliteitsvormen gaat. De media, tv-series (o.a. Dexter, Hannibal) en films (o.a. American Psycho, No Country for Old Men) hebben de laatste decennia een beeld van de psychopaat gecreëerd als de wrede, harteloze seriemoordenaar. Dit beeld is bij zowel de leek als de professional vrij hardnekkig aanwezig en bepaalt in grote mate wie we al dan niet als psychopaat bestempelen (Sörman *et al.*, 2014) met haast dogmatische cirkelredeneringen tot gevolg. Een veel voorkomende cirkelredenering<sup>1</sup> is bijvoorbeeld de volgende: “Waarom heeft hij zo’n vreselijk misdrijf gepleegd?”  
“Omdat hij een psychopaat is.”  
“Hoe weten we dat het om een psychopaat gaat?”  
“Omdat hij zo’n vreselijk misdrijf gepleegd heeft.”

Bij deze redeneerfout leidt men louter en alleen op basis van het wrede karakter van het misdrijf af dat de dader een psychopaat is, waarbij psychopathie en het misdrijf aan elkaar gelijkgesteld worden. Criminaliteit en psychopathie kunnen, maar hoeven echter niet noodzakelijk hand in hand te gaan. Psychopathie is immers een breed persoonlijkheidsconstruct, waarvan crimineel gedrag slechts één en bovendien een niet-noodzakelijke eigenschap kan vormen: psychopathie komt tevens voor bij personen die geen criminele voorgeschiedenis kennen of gewelddaden gepleegd hebben (CLECKLEY, 1976; SKEEM, POLASCHEK, PATRICK and LILIENFELD, 2011).

Zeker voor professionals die met psychopaten in contact kunnen komen, is het belangrijk om een juist beeld over psychopathie te hebben en te weten wat het al dan niet inhoudt. Wanneer we een duidelijk en correct beeld hebben van de kenmerken van een psychopaat, dan kunnen we ons wapenen tegen dergelijke foutieve redeneringen, kunnen we de implicaties van de psychopathische kenmerken voor het verhoor juister inschatten en kunnen we tijdens het verhoor zelfs op deze trekken inspelen. Hoe we psychopathie definiëren bepaalt immers in belangrijke mate onze beoordeling van een bepaald dossier alsook onze houding en ons handelen ten aanzien van deze persoon (EDENS, DAVIS, FERNANDEZ SMITH and GUY, 2013).

---

1 Een redenering die bij haar uitgangspunt terugkeert.

Het huidige hoofdstuk is uit twee delen opgebouwd. In het eerste deel zullen we dieper ingaan op het concept 'psychopathie', waarbij we eerst zullen stilstaan bij de definiëring van dit persoonlijkheidsconstruct, alsook bij de meest courante misvattingen over psychopathie. Vervolgens bekijken we in welke mate psychopathie nu voorkomt en op welke wijze psychopathie aan criminaliteit gerelateerd is. In het tweede deel wordt bekeken hoe we in de verhoorkamer rekening kunnen houden met de meest relevante psychopathische persoonlijkheidstrekken. Daarnaast wordt besproken hoe de verhoorder zich tegen het manipulatief karakter van de psychopaat kan wapenen en hoe de verhoorder de controle over de bevraging kan houden, twee zaken die van cruciaal belang zijn bij het verhoor van psychopaten.

## **2. PSYCHOPATHIE: EEN WETENSCHAPPELIJKE OMKADERING**

### **2.1. ACHTER HET MASKER VAN DE PSYCHOPAAT**

Psychopathie is een persoonlijkheidsstoornis bestaande uit affectieve, interpersoonlijke en gedragsmatige kenmerken. Zo is de emotionele beleving bij hen vrij beperkt. Psychopaten ervaren bijvoorbeeld nauwelijks angst in gevaarlijke en bedreigende situaties. Wanneer ze dan toch in een gesprek emoties tonen, dan zijn deze emoties doorgaans maar van korte duur en zelden echt doorleefd. Berouw en schuldgevoelens kennen ze maar nauwelijks. Ze zijn niet bekommerd om de gevoelens, de rechten en het welzijn van anderen. Psychopaten zijn zelfzuchtig van aard en trachten met charme en manipulatie hun eigen doelen te bekomen. Ook leugenachtig gedrag is hen allesbehalve vreemd. Daarnaast zijn psychopaten doorgaans impulsief en zijn ze voortdurend op zoek naar kicks en nieuwe prikkels. Ze zullen bovendien zelden verantwoordelijkheid opnemen voor hun gedrag. Gedragsproblemen en zelfs crimineel gedrag kleuren hun levensgeschiedenis. Achteraf blijkt doorgaans dat al deze problemen reeds op een heel jonge leeftijd merkbaar waren. Zelden zijn ze gespecialiseerd in een welbepaalde delictsvorm. Vanuit hun sterke drang naar nieuwe prikkels gaan ze eerder over tot het stellen van diverse en soms sterk uiteenlopende criminele activiteiten. Psychopaten leren bovendien zeer moeilijk uit hun fouten, waardoor het niet verwonderlijk is dat een substantiële groep herhaaldelijke malen recidiveert (HARE, 2003).

Psychopathie en voornamelijk het meedogenloze karakter van psychopaten heeft reeds eeuwen lang uiteenlopende disciplines als psychiaters, antropologen, en geschiedkundigen, gefascineerd. Sommige geschriften over de psychopathische persoonlijkheidsstructuur gaan zelfs terug tot in de Griekse oudheid. Toch

---

is het pas in 1941 dat een psychiater, Hervey Cleckley genaamd, deze persoonlijkheidsstoornis nader onder de loep neemt en de belangrijkste kenmerken van de stoornis naar 16 duidelijk afgebakende criteria vertaalt. Deze kenmerken worden aan de hand van casusmateriaal in zijn wereldbekende boek *The Mask of Sanity* beschreven. In dit boek stelt hij onder meer voorop dat psychopaten vaak op het eerste zicht vrij normaal overkomen, maar dat onder dit dun laagje vernis, er een meedogenloos, egocentrisch karakter dat niet terugdeinst om anderen schade toe te brengen, schuilt, vandaar ook de titel van Cleckley's boek.

Enkele decennia later heeft de intussen gerenommeerde en wereldbepaalde psychopathieonderzoeker Robert Hare op basis van Cleckley's criteria het eerste en tot nu toe het meest bekende en gehanteerde instrument voor de meting van psychopathie ontwikkeld, met name de Psychopathy Checklist (HARE, 1985) en de later herziene versie, de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; HARE, 2003). De PCL-R is een diagnostische tool die 20 basiskenmerken van psychopathie omvat. Hiervan worden 18 items onder vier factoren gegroepeerd, zijnde een interpersoonlijke, een affectieve, een levensstijl- en een antisociaal gedragsmatige factor. Deze 18 items worden in Tabel 1<sup>2</sup> beschreven. Twee items, zijnde item 11 (promiscue seksueel gedrag) en item 17 (verscheidene kortdurende partnerrelaties), zijn hierin niet opgenomen, want uit statistische analyses blijkt dat ze tot geen enkele factor behoren. Deze items dragen wel bij tot de diagnosestelling en dienen dus meegerekend te worden bij de totaalscore. De beoordelaar dient te bekijken in welke mate elk kenmerk bij de desbetreffende persoon van toepassing is. Dit gebeurt telkens op een 3-punten schaal: '0' (i.e. het kenmerk is niet aanwezig), '1' (i.e. er zijn enkele aanwijzingen dat het kenmerk aanwezig is) en 2 (het kenmerk is duidelijk aanwezig).

De beoordelaar evalueert de PCL-R-items aan de hand van een klinisch interview met de desbetreffende persoon en aan de hand van collaterale informatie (bv. beschikbare dossiergegevens, informatie via derden verkregen). Desgevallend mag de PCL-R op basis van louter dossiergegevens gescoord worden, maar onder geen beding mag de PCL-R gescoord worden op basis van enkel het klinisch interview. Vanwege het leugenachtige en manipulatieve karakter van psychopaten dient het verhaal van de geïnterviewde immers steeds afgetoetst te worden.

---

2 Let wel: Louter op basis van deze items mag men onder geen beding een diagnose stellen. De PCL-R handleiding dient te allen tijde nauwgezet gevolgd te worden en dient gescoord te worden door een professional die hiervoor een gepaste training heeft gelopen.

Op de PCL-R kan men maximaal een score van 40 halen; een score van 30 wordt doorgaans als de klinische cut-offscore gehanteerd, wat inhoudt dat iemand vanaf een score van 30 als psychopaat gecategoriseerd wordt (HARE, 2003). In Europa wordt echter regelmatig een lagere cut-offwaarde gehanteerd: hier spreken sommige clinici reeds van psychopathie bij een score van 25 (COOKE, MICHIE, HART and CLARK, 2005). Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat er tot op heden geen ontegensprekelijk empirische evidentie bestaat die een verlaagde cut-offscore verantwoordt (BOLT, HARE and NEUMANN, 2007). Gezien de zware negatieve connotatie die met het label 'psychopaat' gepaard gaat (BLAIS and FORTH, 2014), is het raadzaam om juist zuinig en doordacht met dit concept om te springen.

**Tabel 1: De PCL-R-items (HARE, 2003)**

<b>Affectief-interpersoonlijke factor (F1)</b>	
<i>Interpersoonlijke kenmerken</i>	<i>Affectieve kenmerken</i>
1. Glad en oppervlakkig	6. Gebrek aan wroeging en schuldgevoelens
2. Grandioze eigenwaarde	7. Oppervlakkig affect
3. Pathologisch liegen	8. Gebrek aan empathie kilheid
4. List en bedrog/manipulerend gedrag	16 Geen verantwoordelijkheid voor de eigen daden
<b>Antisociale levensstijl factor (F2)</b>	
<i>Levensstijl</i>	<i>Antisociale gedragskenmerken</i>
3. Prikkelhonger/neiging tot verveling	10 Gebrekkige beheersing van het gedrag
9. Parasitaire levensstijl	12 Gedragsproblemen op jonge leeftijd
	18 Jeugdcriminaliteit
13 Ontbreken van realistische lange termijn doelen	19 Schending VI/achterwege blijven VI
14 Impulsiviteit	20 Voelsoortige criminaliteit
15 Onverantwoord gedrag	

Ondanks het feit dat het psychopathie onderzoek de laatste decennia grote vorderingen heeft gemaakt, worden er momenteel nog hevige debatten gevoerd over wat psychopathie nu effectief inhoudt. Zo is er een groeiende consensus dat psychopathie meer inhoudt dan de hierboven beschreven 20 PCL-R kenmerken (SKEEM and COOKE, 2010). Met andere woorden is het verkeerdelijk om psychopathie aan de PCL-R gelijk te stellen. Daarnaast verplichten recente wetenschappelijke vaststellingen ons om te aanvaarden dat de prototypische psychopaat waar we onmiddellijk aan denken bij het horen van de desbetref-

---

fende term, slechts één type is onder de psychopaten en dat dus niet iedere psychopathische persoon aan dit beeld zal voldoen.

Vooreerst moeten we psychopathie – net als andere persoonlijkheidsstoornissen (zie APA, 2013) – eerder als een dimensioneel construct beginnen te benaderen in plaats van als een afzonderlijke taxon of categorie. Dit betekent concreet dat de prototype psychopaat die vaak geportretteerd wordt als de uiterst gewelddadige, meedogenloze crimineel, zich op een extreem uiteinde van een continuüm situeert, maar dat de meeste personen niet of niet geheel aan dit prototype beantwoorden. Meer nog, ieder van ons vertoont in meer of mindere mate bepaalde psychopathische trekken (EDENS, MARCUS, LILIENFELD and POYTHRESS, 2006).

Psychopathie komt dus wel degelijk voor in de algemene, niet-forensische populatie en is ook daar gerelateerd aan kenmerken die typerend zijn voor het persoonlijkheidsconstruct (bv. een beperkt empathisch vermogen, impulsief, een beperkte gevoeligheid voor negatieve signalen, en normoverschrijdend gedrag; NEUMANN en HARE, 2008; SMITH, WATTS and LILIENFELD, 2014; UZIEBLO, VERSCHUERE, VAN DEN BUSSCHE and CROMBEZ, 2010).

Ten tweede gaat men er nu van uit dat er verschillende varianten of subtypes onder de psychopaten mogelijk zijn (COID, FREESTONE and ULLRICH, 2012; FALKENBACH, STERN and CREEVY, 2014; MOKROS *et al.*, 2014; SKEEM, JOHANSSON, ANDERSHED, KERR en LOUDEN, 2007; SKEEM *et al.*, 2011). De meest voorkomende subtypering is de tweedeling in primaire of emotioneel stabiele psychopathie enerzijds en secundaire of agressieve psychopathie anderzijds. De eerste groep psychopaten zou voornamelijk gekenmerkt worden door een harteloosheid en een gebrek aan angst, terwijl de tweede groep juist wel in staat zou zijn om angst en andere emoties te ervaren maar voornamelijk antisociaal gedrag neigt te plegen (SKEEM *et al.*, 2007). Deze tweedeling zou echter nog te beperkt zijn.

Recenter onderzoek geeft het bestaan van drie mogelijke psychopathische profielen aan: (1) de manipulatieve psychopaat die voornamelijk via manipulatie en deceptie zijn doelen bereikt; (2) de agressieve psychopaat die eerder dwang en agressie hanteert om zijn doelen te bereiken; en (3) het sociopathische type die sociaal onaangepast gedrag stelt, maar niet de harteloze, manipulatieve trekken vertoont als de andere twee profielen (MOKROS *et al.*, 2014). Toekomstig onderzoek zal nog moeten uitwijzen welke subtypes men in verschillende populaties kan erkennen.



Belangrijk om te onthouden is dat dé psychopaat niet bestaat en dat verschillende profielen kunnen beantwoorden aan de klinische criteria van psychopathie (Skeem *et al.*, 2011). Inzichten in deze subtypen zijn van groot belang, want ieder subtype zal een eigen aanpak en communicatiestijl vereisen. Een bepaalde aanpak zal dus niet (even) werkzaam zijn bij alle psychopaten.

## 2.2. WHAT'S IN THE NAME?

In de praktijk worden de termen psychopathie, sociopathie, en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS) al te vaak door elkaar gebruikt. Aangezien deze termen niet geheel hetzelfde betekenen en een andere aanpak vereisen, is het zinvol om even bij de belangrijkste verschillen stil te staan.

Ten eerste verschilt de etiologische basis van deze drie stoornissen. Zo wordt de term sociopaat eerder gebruikt voor diegenen die door negatieve ervaringen in het verleden, als bijvoorbeeld een slechte opvoeding en langdurig misbruik, zich harteloos en antisociaal zijn beginnen opstellen. Psychopathie en APS zouden dan voornamelijk een neurobiologische basis (o.a. problematische werking van bepaalde hersendelen en een genetische kwetsbaarheid) hebben die tot uiting komt in combinatie met welbepaalde risicovolle omgevingsfactoren (o.a. problematische ouder-kindrelatie, slachtoffer of getuige zijn van geweld) (ASSARY, SALEKIN and BARKER, 2014; GLENN, JOHNSON and RAINE, 2013). De etiologische factoren van psychopathie en APS zijn enigszins gelijkend, maar kennen toch belangrijke verschillen (GLENN *et al.*, 2013). De ruimte ontbreekt echter om hier dieper op in te gaan.

Daarnaast kan de uitingsvorm van deze stoornissen verschillen. Terwijl psychopaten weinig empathie vertonen en een gebrekkige moraliteit, kan de sociopaat wel een zekere zin van moraliteit en geweten vertonen. Personen met APS vertonen dan weer in eerste instantie antisociaal en crimineel gedrag en niet noodzakelijk de emotionele kenmerken van psychopathie als gevoelloosheid en het gebrek aan angst (SKEEM *et al.*, 2011).

Tot slot wordt psychopathie vaak met psychose verward. Denk maar aan de malen dat men met termen als *'psycho'* eigenlijk op psychopaten doelde. De term psychose verwijst naar een ernstige psychiatrische stoornis, geen persoonlijkheidsstoornis, waarbij de psychotische persoon het contact met de realiteit verliest. In tegenstelling tot psychotici, zijn psychopaten rationeel, vrij van wanen en hallucinaties, en hebben ze wel voeling met de realiteit (SKEEM *et al.*, 2011).

---

### 2.3. HET VOORKOMEN VAN PSYCHOPATHIE

Het voorkomen van psychopathie onder gevangenen en forensisch psychiatrische patiënten wordt doorgaans rond de 15 à 25 % geschat (HARE, 2003). In Europa worden daarentegen lagere cijfers naar voren geschoven. Zo werd bijvoorbeeld in Engeland en Wales bij 'slechts' 7.7 % van de mannelijke gevangenen en bij 1.9 % van de vrouwelijke gevangenen psychopathie gediagnosticeerd (COID, YANG, ULLRICH, ROBERTS, MORAN, *et al.*, 2009). Gedegen onderzoek naar het voorkomen van psychopathie buiten gevangenis en psychiatrische instellingen wordt haast onmogelijk gemaakt doordat in de algemene populatie bijkomende dossierinformatie niet beschikbaar is voor de evaluatie van de PCL-R-items (*cf. supra*). Het weinige onderzoek hiernaar suggereert alleszins dat in vergelijking tot de forensische populaties het voorkomen van psychopathie in de algemene populatie veel lager ligt. Deze wordt momenteel geschat op 1 à 2 % (COID, YANG, ULLRICH, ROBERTS and HARE, 2009; NUEMANN en HARE, 2008).

Hoe dan ook is het moeilijk in te schatten hoeveel psychopaten er exact zijn. Er zijn nog maar weinig degelijk uitgevoerde prevalentiestudies voorhanden. Daarnaast lopen de beschikbare cijfers sterk uiteen afhankelijk van de populatie (bv. een gevangenis versus een klinisch-forensische populatie) die men bestudeert, het land waarin het onderzoek uitgevoerd is, alsook de wijze waarop men psychopathie diagnosticeerde (bv. al dan niet gebruikmakend van de PCL-R). Wel worden wereldwijd dezelfde patronen in voorkomen vastgesteld. Zo vormen psychopaten slechts een minderheid onder de criminelen.

Ter illustratie, terwijl 47 tot zelfs 75 % van de gevangenen aan de criteria van APS voldoen, zou een derde hiervan ook aan de PCL-R-criteria van psychopathie voldoen (GLENN *et al.*, 2013; HARE, 2003). In de algemene populatie is het verschil in voorkomen tussen psychopathie en APS echter miniem: APS zou bij 2 à 3 % van de algemene bevolking vastgesteld kunnen worden, terwijl psychopathie bij 1 à 2 % zou voorkomen (COID *et al.*, 2009; Gibbon *et al.*, 2010). Daarnaast dient opgemerkt te worden dat ondanks mogelijk kleine verschillen in de uitingsvorm van bijvoorbeeld het antisociale gedrag, psychopathie wereldwijd aangetroffen wordt en in alle lagen van de bevolking lijkt voor te komen (NEUMANN, SCHMITT, CARTER, EMBLEY and HARE, 2012).

Psychopathie komt ook bij vrouwen voor, maar wordt bij hen minder vaak gediagnosticeerd dan bij mannen. Het voorkomen bij vrouwen wordt tussen 9 % en 23 % geschat (WEIZMANN-HENELIUS *et al.*, 2010; WYNN, HØISETH and PETTERSEN, 2012). Aanvankelijk ging men ervan uit dat psy-

chopathische vrouwen dezelfde symptomen vertonen als hun mannelijke tegenhangers. Recent onderzoek komt daar echter enigszins op terug en erkent wel degelijk enige belangrijke geslachtsverschillen. Zo zou bij vrouwen de manifestatie van het antisociale gedrag subtieler zijn dan bij mannen, waarbij de psychopathische vrouw vaker seksualiteit als manipulatiemiddel gebruikt. De vrouwelijke psychopaat zou bovendien een grotere mate van emotionele instabiliteit vertonen dan haar mannelijke tegenhanger, waardoor men bij vrouwen sneller aan een borderline persoonlijkheidsstoornis denkt dan aan psychopathie (SPRAGUE, JAVDANI, SADEH, NEWMAN and VERONA, 2012).

#### **2.4. PSYCHOPATHIE EN CRIMINALITEIT**

Onder de persoonlijkheidsstoornissen vertoont psychopathie – APS even buiten beschouwing gelaten – de meest robuuste relatie met criminaliteit, wat dit persoonlijkheidsconstruct zo relevant maakt voor justitie en politie. Psychopathie impliceert een reeks kenmerken die antisociaal en gewelddadig gedrag in de hand werken. Denk maar aan kenmerken als het gebrek aan empathie, de onmogelijkheid om diepgaande relaties op te bouwen en behouden, inadequate emotionele reacties op aversieve situaties, een verminderde gevoeligheid voor bestraffing, en het ontbreken van schuldgevoelens of berouw. Neem daarbij hun egocentrische en grandioze zelfingenomenheid, de voortdurende nood aan nieuwe prikkels en de nood aan controle en macht in beschouwing, en dan hoeft het ons niet te verbazen dat psychopathische personen een grotere kans maken om in de criminaliteit terecht te komen (HARE, 2003; HARE and NEUMANN, 2008).

De relatie tussen psychopathie en criminaliteit wordt inmiddels door menig onderzoek ondersteund. Zo wordt psychopathie gerelateerd aan een criminele voorgeschiedenis die doorgaans op jonge leeftijd aanvangt (BASQUE, TOUPIN and CÔTÉ, 2013; HARE, 2003) en die eerder uiteenlopende gewelddadige en niet-gewelddadige misdrijven behelst (bv. witteboordencriminaliteit; RAGATZ, FREMOUW and BAKER, 2012), aan een hogere kans op recidive en voornamelijk dan gewelddadige recidive (LEISTICO, SALEKIN, DECOSTER and ROGERS, 2008; MOKROS, VOHS and HABERMEYER, 2014), aan agressie en aan wangedrag binnen de instelling/gevangenis (LEISTICO *et al.*, 2008). Ook bij minderjarigen (BASQUE *et al.*, 2013) en bij personen uit de algemene bevolking (UZIEBLO *et al.*, 2010) zijn psychopathische trekken aan normoverschrijdend en antisociaal gedrag gerelateerd.

Psychopathie is tevens gerelateerd aan seksueel, gewelddadig gedrag (CAMILLERI and QUINSEY, 2009), het gebruik van wapens tijdens een seksueel

---

misdrijf (LANGEVIN and CURNOE, 2013) en sadisme, hoewel deze laatste relatie eerder zwak is (ROBERTSON and KNIGHT, 2014). Psychopathie zou prominenter aanwezig zijn onder verkrachters en kindermisbruikers zonder pedofiele trekken dan onder pedofielen (STRASSBERG, EASTVOLD, KENNEY and SUCHY, 2012; OLVER and WONG, 2006; WOOD-WORTH *et al.*, 2013). Niettegenstaande, zouden over het algemeen andere psychische stoornissen (bv. APS en ADHD) bij seksuele delinquenten couranter voorkomen dan psychopathie (LANGEVIN and CURNOE, 2013). Vooral de combinatie van psychopathie en afwijkende seksuele voorkeuren (bv. voor geweld en kinderen) wordt als een gevaarlijke combinatie beschouwd: deze combinatie zou het risico op het plegen van nieuwe seksuele misdrijven aanzienlijk verhogen (HAWES, BOCCACCINI and MURRIE, 2013). Desalniettemin lijkt de relatie tussen psychopathie en seksueel delinquent gedrag eerder complex van aard en kan het huidige onderzoek nog geen al te eenduidig beeld geven van deze relatie: er zijn bijvoorbeeld verschillende studies die het bovenstaande tegenspreken en maar een zwakke of zelfs geen relatie vinden tussen psychopathie en bepaalde vormen van seksueel delinquent gedrag als bijvoorbeeld incest (zie o.a. STRASSBERG *et al.*, 2012).

Hoewel de relatie tussen psychopathie en criminaliteit haast vanzelfsprekend lijkt, dient deze relatie genuanceerd te worden. Ten eerste blijkt de relatie tussen geweld en psychopathie niet steeds zo consistent te zijn: de relatie lijkt sterker te zijn bij jongeren dan bij volwassenen (WALTERS, 2006), is sterker bij mannen dan bij vrouwen (EDENS *et al.*, 2006; OLVER, STOCKDALE and WORMITH, 2009) en lijkt niet altijd zo standvastig te zijn over multi-etnische groepen heen (EDENS and CAHILL, 2007).

Daarnaast manen recente studies aan tot een zekere relativering over de predictieve waarde van psychopathie. Een toenemend aantal studies toont aan dat psychopathie als op zichzelf staande factor niet de beste voorspeller voor recidivisme is. Men kan dus niet louter en alleen op basis van de aanwezigheid van psychopathie met zekerheid stellen dat iemand een (gewelds)delict zal plegen of zal recidiveren. Een eerder holistische analyse van de gekende risicofactoren voor gewelddadig gedrag, waarvan psychopathie slechts één aspect is, geeft een betrouwbaardere voorspelling, dan wanneer men zich alleen op de al dan niet aanwezigheid van psychopathie focust (SINGH, GRANN and FAZEL, 2011).

Ten tweede is het verkeerdelijk te denken dat psychopaten enkel op berekende wijze gewelddaden plegen. In de literatuur maakt men een onderscheid tussen instrumenteel en reactief geweld. Onder reactief geweld verstaat men een im-

pulsieve, emotionele agressieve reactie op een door de persoon gepercipieerde provocatie. Instrumenteel geweld daarentegen heeft een gepland, pro-actief en doelgericht karakter (MELOY, 2006). Aanvankelijk ging men ervan uit dat alle psychopaten roofzuchtige gewelddadigers waren die aan hun slachtoffers op planmatige wijze en doelbewust schade toebrachten. Met andere woorden veronderstelde men dat psychopaten voornamelijk geneigd waren om instrumenteel geweld te plegen. Recent onderzoek spreekt deze assumptie tegen en toont aan dat zowel instrumenteel als reactief geweld bij psychopaten kan voorkomen (BLAIS, SOLODUKHIN and FORTH, 2014).

Ten slotte blijft het tot op heden nog vrij onduidelijk in welke mate psychopathie een betere voorspeller is voor geweld in vergelijking tot andere persoonlijkheidsstoornissen. Een degelijke studie die de voorspellende waarde van alle persoonlijkheidsstoornissen met elkaar vergelijkt, is naar ons weten nog niet voor handen. Wel is geweten dat persoonlijkheidsstoornissen, als de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis, net als psychopathie een vrij robuuste relatie met geweld en criminaliteit vertonen (GLENN *et al.*, 2013; FOUNTOULAKIS, LEUCHT and KAPRINIS, 2008). De aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen verhoogt de kans op gewelddadig gedrag zelfs aanzienlijk: wanneer een persoonlijkheidsstoornis bij iemand vastgesteld wordt, dan is de kans dat deze persoon gewelddadig gedrag stelt of opnieuw zal stellen twee tot drie maal hoger in vergelijking tot een persoon die niet aan een dergelijke stoornis lijdt (YU, GEDDES and FAZEL, 2012). Deze kans op geweld zou nog groter zijn wanneer eenzelfde persoon meerdere persoonlijkheidsstoornissen vertoont (bijvoorbeeld psychopathie en borderline persoonlijkheidsstoornis; HOWARD, KHALIFA and DUGGAN, 2014).

### **3. IN DE VERHOORKAMER**

Specifieke protocollen om met psychopaten of personen met welbepaalde psychopathische trekken om te gaan, bestaan er naar ons weten niet. Ook heeft het wetenschappelijk onderzoek verrassend genoeg nog maar weinig aandacht besteed aan de wijze waarop men met deze doelgroep best communiceert. Dit tweede deel pretendeert dus geen handleiding te zijn voor het verhoor van psychopaten, maar beoogt eerder aan de lezer tools te geven. Hierbij nemen we eerst het psychopathisch individu als uitgangspunt (3.1) en vervolgens de verhoorder zelf (3.2 en 3.3).

---

### **3.1. HET MASKER VAN DE PSYCHOPAAT ONTLEED**

Hierboven hebben we beschreven welke eigenschappen kenmerkend zijn voor psychopaten. Deze persoonlijkheidskenmerken kunnen tijdens het verhoor belangrijke valkuilen vormen, maar kunnen ook handvatten aanbieden. In dit stuk staan we stil bij de interpersoonlijke, affectieve en gedragsmatige eigenschappen die het meest relevant zijn binnen het verhoor.

Op interpersoonlijk vlak vertonen psychopaten doorgaans een zeker charisma. Het is goed mogelijk dat ze in de eerste contacten op anderen een welbepaalde aantrekkingskracht uitoefenen vanwege hun charme en hun grootse verhalen (CLECKLEY, 1976; HARE, 2003). Iedereen kan voor deze charme vatbaar zijn, zelfs professionals met expertise en een uitgebreide werkervaring met psychopathie (HARE, 2003). Hun charme kan verkeerdelijk de indruk opwekken dat ze bezorgd of geëmotioneerd zijn. Het zou niet de eerste keer zijn dat een psychopaat zijn onschuld uitschreeuwt waarbij hij menige tranen laat vloeien. Voortdurend op uw hoede zijn, zeker bij verdachten die enige sympathie of begrip opwekken, is dan ook een ware noodzaak. Zelf zijn ze overtuigd van hun charme, wat de verrassing en voornamelijk de teleurstelling des te groter maakt als hun charisma niet blijkt te werken. In een dergelijke situatie neigen zij op een agressieve wijze in de aanval te gaan (O'TOOLE, LOGAN and SMITH, 2012).

Narcisme is tevens een belangrijk kenmerk van psychopathie (HARE, 2003). Ze wanen zich superieur en nemen een grandioze houding aan. Tijdens het verhoor kunnen psychopaten bijvoorbeeld op al dan niet subtiele wijze aangeven dat volgens hen de verhoorders maar een inferieure intelligentie vertonen en dat zij zelf het politieel werk beter zouden verrichten. Hierbij mag de verhoorder zich niet laten misleiden door hun pseudo-intellectueel gedrag. Sommigen zullen tijdens het gesprek met intellectuele woorden goochelen en zeer zelfverzekerd overkomen. Het is niet uitgesloten dat zij hun eigen woorden voor waar aannemen; dergelijk gedrag streelt immers hun ego en bevestigt aldus hun narcistische gedachten. De verhoorder mag zich door deze superieure, pseudo-intellectuele houding niet uit het lood laten slaan. In bepaalde situaties kan het zelfs opportuun zijn om tot op bepaalde hoogte mee te gaan met het narcisme van psychopaten (bv. door te vragen wat hun mening is en door hun vermeende eigenschappen in de verf te zetten).

Op deze manier kan men voor de psychopaat een platform creëren en is de kans groot dat hij zich in zijn verhaal als het ware zal vergalopperen en (onbewust) verstrengeld zal raken in zijn eigen contradicties en leugens. Daaren-

boven vergroot dit de kans dat zij in hun verhaal enige bruikbare waarheidsgetrouwe informatie zullen geven. Wanneer de verhoorder zich alleen maar focust op het weerleggen van deze leugens, kan dit een averechts effect hebben. Het vergroot de weerstand alsook de kans op een defensieve reactie bij de verdachte. Daarenboven hebben psychopaten een leugenachtige aard en zullen zij – wanneer betrapt – de ene leugen toedekken met een andere leugen (HARE, 2003). Bij het verhoor van een psychopaat is het dus van cruciaal belang om een sterk dossier te hebben; anders zal het verhaal van de verhoorder door de psychopaat al te gemakkelijk doorprikt worden. Daarnaast dient de verhoorder elk woord van de psychopaat af te toetsen aan informatie verkregen uit andere bronnen, zelfs als het om informatie gaat die op het eerste zicht van weinig belang en futiel lijkt. Wel dient de verhoorder de teugels van het verhoor in eigen handen te houden. De psychopaat zal immers proberen om het verhoor naar zijn hand te zetten (O'TOOLE *et al.*, 2012).

Op affectief vlak primeert het eigen belang van de psychopaat, zowel bij de uitvoering van het misdrijf als erna. Wanneer ze gevat worden, wentelen ze zichzelf al te graag in de slachtofferrol door onder meer te benadrukken wat voor nare gevolgen (van hun eigen gedrag!) zij moeten ondergaan. Hierbij deinzen ze er niet voor terug om er bijvoorbeeld op te wijzen dat het slachtoffer verzekeringsgeld zal ontvangen of zelfs thuis mag blijven vanwege de opgelopen verwondingen, terwijl zij de confrontatie met de politie moeten ondergaan of, erger nog, in de gevangenis zullen belanden (HARE, 2003). De eigen verantwoordelijkheid zullen zij zelden opnemen, tenzij zij er zelf voordeel in zien. Het zal dus in vele gevallen weinig effect hebben om hen hierop te wijzen.

Daarnaast zal de psychopaat zich maar weinig empathisch opstellen. Ze zullen zelden meevoelen met de slachtoffers van hun daden.

Het maakt hierbij niet uit of het over het lijden van hun familieleden gaat of dat van een vreemde. Dit gebrekkig empathisch vermogen zou niet te wijten zijn aan wat men in de wetenschap een gebrekkige cognitieve empathie noemt. Psychopaten zouden wel degelijk in staat zijn om zich mentaal in de ander te verplaatsen. Ze kunnen vatten wat een andere persoon in een gegeven situatie voelt of zou kunnen voelen. Het probleem situeert zich eerder op het niveau van de zogeheten emotionele reactiviteit of het daadwerkelijk meevoelen met de emoties van anderen (CAES *et al.*, 2012; DECETY, SKELLY and KIEHL, 2013; UZIEBLO *et al.*, 2010).

De emotiebeleving van psychopaten is verder oppervlakkig van aard. Wanneer ze gevraagd worden om over hun emoties te vertellen, dan zijn deze emoties

---

zelden doorleefd. Het is natuurlijk niet altijd vanzelfsprekend om dit gebrek in een gesprek te doorgronden. Om hier een beter zicht op te krijgen is het van groot belang om door te vragen. Concreet kan men best vragen om hun emoties en belevingen te specificeren. Ter illustratie, psychopaten kunnen aangeven dat ze zich droevig voelden bij bijvoorbeeld het overlijden van het slachtoffer, maar bij verdere bevraging kunnen zij zelden de gepaste emoties op adequate manier beschrijven. Dit geldt evenzeer voor de ervaring van positieve emoties. Als hun gevraagd wordt om bijvoorbeeld de door hen geponeerde liefde voor iemand te beschrijven, vervallen ze al te vaak in zeer beperkte associaties waarbij ze liefde gelijkstellen aan seks en andere activiteiten die ze met deze persoon deden.

Het is bovendien opvallend dat hoewel een verhoorcontext voor de meeste, niet-doorgewinterde plegers van een misdrijf een stressvolle situatie is, psychopaten zelden onder de indruk van het gebeuren zullen zijn. Integendeel, ze kunnen zelfs een ontspannen indruk geven. Dit is op zich geen verrassend gegeven. In vergelijking tot personen zonder psychopathische trekken, ervaren zij minder angst in stressvolle en beangstigende situaties. Zij vrezen geen bestraffing of negatieve gevolgen van hun gedrag en al zeker geen langetermijngevolgen. Hun de les spellen of hun een uitbrander geven zal dus maar weinig effect hebben (O'TOOLE *et al.*, 2012). Onderzoek linkt dit angstdeficit voornamelijk aan een verminderde werking en een afwijkende structuur van de amygdala (MOUL, KILLCROSS and DADDS, 2012). De amygdala is een amandelvormige kern van neuronen die een belangrijk onderdeel vormt van het zogenaamd limbisch systeem in onze hersenen, en die niet toevallig een zeer belangrijke rol speelt bij de verwerking van emoties en angst in het bijzonder (FERNANDO, MURRAY and MILTON, 2013). Aanvankelijk ging men er dus van uit dat dit gebrek aan angst een algemeen gegeven was waaraan nauwelijks of zelfs niets gewijzigd kan worden doordat het zo biologisch verankerd zou zijn. Recent onderzoek stelt echter het onveranderbaar karakter van het angstdeficit in vraag en toont aan dat indien psychopathische personen hun aandacht op de juiste signalen (i.e. signalen die gevaar of een bedreigende situatie aankondigen) vestigen of hierin getraind worden<sup>3</sup>, zij wel degelijk adequate angstreacties vertonen (BASKIN-SOMMERS, CURTIN and NEWMAN, 2011, 2014). Uit toekomstig onderzoek zal de reikwijdte van deze wetenschappelijke bevindingen in de praktijk nog moeten blijken, maar het geeft reeds enige mogelijke handvatten voor tijdens een verhoor.

---

3 In de literatuur wordt deze visie de responsmodulatietheorie genoemd.



Op gedragsmatig vlak ten slotte kan de sterke behoefte aan nieuwe prikkels en de neiging om snel verveeld te zijn bij psychopaten een grote impact op het verloop van het verhoor hebben. Dit maakt dat ze tijdens een verhoor ongeïnteresseerd kunnen overkomen en snel afgeleid zijn. Wanneer men deze desinteresse enigszins wilt tegengaan, dan kan men best de nodige afwisseling binnen de verhoorkamer brengen door bijvoorbeeld de verhoortechnieken op tijd en stond te variëren en door hen het gevoel te geven dat zij het hoogste woord mogen voeren (O'TOOLE *et al.*, 2012), een techniek die wederom aan hun narcisme tegemoet zal komen.

### **3.2. OMGAAAN MET MANIPULATIE IN DE COMMUNICATIE**

Niet zelden hangt rond de communicatie met psychopathische en/of manipulatieve persoonlijkheden – denken we hierbij in het bijzonder aan een verhoor of vraaggesprek – een onbehaaglijk gevoel. De wetenschap dat men mogelijk te maken heeft of te maken zal krijgen met een psychopathische verdachte, lokt vrijwel bij ieder individu<sup>4</sup> een bepaalde waakzaamheid uit. Het beeld dat in de maatschappij wordt opgehangen van individuen met deze psychopathologie is immers niet mis, zoals: alle psychopaten zijn moordenaars en uiterst gevaarlijk, ze zijn onbetrouwbaar, stellen hun eigen voordeel steeds voorop, zijn ziekelijke leugenaars, enzovoort. U kunt dus maar beter als politiefunctionaris op uw hoede zijn en op tijd opmerken wanneer u een psychopaat aan de hand hebt. Maar is het mogelijk om op basis van de contacten met individuen die voortkomen uit het uitoefenen van uw professionele werkzaamheden psychopaten te identificeren? Of is dit de taak van een deskundige zoals psychiaters, psychologen, maatschappelijk assistenten die hiervoor bepaalde assessments/taxaties voorhanden hebben? In de omgang met manipulatieve persoonlijkheden of psychopaten is het op uw hoede zijn doorgaans instinctief de boodschap waarbij we ons trachten te beschermen tegen het bedrog. Maar wat voor effect heeft het op uw hoede zijn op uw communicatie? Wordt de communicatie hierdoor verbeterd? Is het effectief mogelijk de leugen of de misleiding voor te zijn? En wat gebeurt er als u zich op 'de leugen' gaat focussen?

Dit onderdeel van het hoofdstuk zal aandacht besteden aan bovenstaande vragen en een poging wagen een aantal antwoorden te formuleren. De antwoorden vinden hun oorsprong in de toepassing van verschillende communicatietheorieën en modellen enerzijds en in observaties en ervaringen uit de praktijk

<sup>4</sup> Context waarin men werkzaam is maakt hierin in principe geen onderscheid zoals hulpverlening, justitie, politie of anders.

---

en een persoonlijke visie van de auteurs anderzijds. Doelstelling van het huidige onderdeel is om (1) persoonlijk en professioneel bewustzijn in contact met psychopaten en/of manipulatieve persoonlijkheden te vergroten en (2) een aantal communicatie-inzichten en tools aan te reiken die in het verleden reeds bewezen hebben hun doel te dienen in contact met manipulatieve, psychopatische karakterstructuren.

### **3.2.1. VAN SUPERMAN TOT 'GEWOON' PROFESSIONAL**

Wat voor effect heeft het op uw hoede zijn op uw communicatie? Wordt de communicatie hier beter van? Is het effectief mogelijk de leugen of de misleiding voor te zijn? Wanneer u op uw hoede bent voor bedrog en manipulatie heeft u naar grote waarschijnlijkheid een bepaald beeld over de desbetreffende te horen persoon gevormd. Bijvoorbeeld het beeld dat u te maken hebt met een leugenaar en waarvoor u dus bijgevolg waakzaam moet zijn voor zijn leugens en de onwaarheden in het verhaal. Het beeld dat wij over personen vormen hoeft overigens niet noodzakelijkerwijs met de werkelijkheid of de feiten overeen te komen. Dit blijkt uit het feit dat we vaak al meteen op het moment dat we iemand voor het eerst ontmoeten aan de slag gaan met het vormen van een plaatje over de desbetreffende persoon, dit proces wordt hier beeldvorming genoemd. Dit gebeurt ook wanneer we feitelijk gezien niet voldoende informatie hebben om ons daadwerkelijk een beeld te vormen over een bepaald individu. Omgekeerd vormt de ander zich ook een indruk of beeld van ons. Dit alles doen we grotendeels onbewust en automatisch (VONK, 2012). Daarnaast zijn we ook geneigd om aan deze beeldvorming bepaalde verwachtingen te koppelen die we toeschrijven aan het individu. Een allicht herkenbare zinsnede ter illustratie: "Ik kan dat soort types, die zal wel... uitgespookt hebben en/of zal wel... reageren!" Naar aanleiding van de verwachtingen die we formuleren over hoe iemand zich zal gedragen in de communicatie, stemmen we ook onze persoonlijke verwachtingen ten aanzien van onszelf af.

Het beeld te maken te hebben met een psychopaat lokt vaak de persoonlijke verwachting uit dat men in contact met deze persoon moet vermijden dat er manipulatie plaatsvindt. Op het moment dat we in de gaten krijgen mogelijk te communiceren met een manipulator verwachten we van onszelf ons te ontpoppen tot een soort van superman of -vrouw die de psychopaat zal 'verslaan'. De persoonlijke verwachting om de psychopaat een halt toe te kunnen roepen en het bedrog te kunnen voorkomen is niet reëel. Verwacht niet van uzelf dat u een ervaren manipulator die bij wijze van voorbeeld al jaar en dag mensen oplicht, liegt en bedriegt en daardoor letterlijk een ver-

leden heeft opgebouwd dat men kan omschrijven als een emotionele ravage, eindelijk kan stoppen. Tenzij u inderdaad beschikt over bovennatuurlijke krachten. Integendeel, hoewel u in communicatie met manipulatieve persoonlijkheden over het verloop van het contact doorgaans geen voorspellingen kan doen, dit kan immers alle kanten opgaan, zijn we van één aspect absoluut zeker: namelijk de manipulator zal manipuleren! Ook in het contact met u.

De idee dat men ook u gaat manipuleren brengt bij de meeste mensen een onbehaaglijk en strijdvaardig gevoel teweeg. Dit is niet in uw voordeel en mogelijk juist datgene waar de psychopaat op uit is. Wanneer u in contact met anderen ongemak ervaart is dit een indicatie van het feit dat u allicht uit uw persoonlijke comfortzone aan het opereren bent. Hier heeft niemand baat bij met uitzondering van de manipulator. Hoe minder comfortabel u bijvoorbeeld in de stoel van de verhoorder zit, hoe meer munitie u immers aan de psychopaat geeft. Wanneer er onbewust geïjverd wordt om de manipulatie en het bedrog voor te zijn, te doorzien, worden we extra waakzaam en attent voor het 'doorprikken' van leugens en is onze professionele focus niet meer daar waar die hoort te zijn. Op deze manier kunnen we stellen dat we ons enigszins kwetsbaar opstellen en een makkelijker doelwit worden voor de manipulerende gesprekspartner.

Hoe dit voorkomen? Tracht uw (persoonlijke) verwachtingen te herkaderen en de manipulatie als onderdeel van de communicatie te aanvaarden. Vanuit deze acceptatie kan men de manipulatie ter hand nemen en 'gebruiken', ermee werken in plaats van het trachten te voorkomen. Tracht niet van de kaart te zijn wanneer er manipulatie in het spel is. Wees voorbereid op de leugen zonder deze proactief te voorkomen. Wanneer u weet dat psychopaten ook u zullen trachten te manipuleren, kunnen we dit meer als algemeen communicatief gegeven aanvaarden in plaats van er een persoonlijke strijd van te maken. U bent niet meer of minder professioneel politiewerk aan het leveren wanneer u een psychopaat aan de hand heeft die u manipuleert. Hou de manipulatie buiten uzelf zonder dat het een persoonlijk gegeven of strijd wordt. Op deze manier bent u degene die de regie over de communicatie in handen houdt. Om de manipulatie en het bedrog te kunnen accepteren in de communicatie is het belangrijk dat u een duidelijk beeld kunt vormen over het eigen aandeel in de communicatie. Hoe reageer ik op psychopaten en manipulatief gedrag? Vanuit een persoonlijke bewustwording; hoe doe ik wat ik doe? Waarom doe ik wat ik doe? Is het mogelijk u als professional te wapenen tegen manipulatieve dynamieken. Laat u niet van de wijs brengen. Het optimaliseren van uw persoonlijk comfort is mogelijk

---

door het bijstellen van uw persoonlijke verwachtingen ten aanzien van de communicatie en de te horen persoon. Leg de lat simpelweg niet te hoog en verwacht niet de leugen en het bedrog te kunnen voorkomen. Hierbij is het handig uzelf als professional de vraag te stellen wat u nodig heeft om uw persoonlijk comfort te kunnen bewaken. En hier ook letterlijk naar op zoek te gaan.

### **3.2.2. RESPONSABILISEREND WERKEN: WERKEN MET HET VOORDEEL VAN DE PSYCHOPAAT**

Een andere effectieve manier om met psychopathische persoonlijkheidsstructuren om te gaan en uw comfort te bewaken is het responsabiliserend werken. Leg de verantwoordelijkheid te allen tijde bij de manipulatieve ondervraagde. Spreek de autonomie van de psychopaat aan door gebruik te maken van de manipulatie. Gebruik daarnaast hun overige eigenschappen in uw voordeel. Werk bijvoorbeeld – in de mate van het mogelijke – aan de hand van positieve bekrachtiging in plaats van het negatieve en het beschuldigende te benadrukken. Psychopathische personen zijn immers zeer gevoelig voor beloning, maar reageren nauwelijks op bestraffing. Benadruk niet de langetermijndoelen of -gevolgen, maar maak duidelijk welk voordeel zij voor zichzelf op korte termijn kunnen bekomen of welke gevolgen zij op korte termijn zullen ervaren.

Uiteraard is het ook aangewezen om in de communicatie begrenzend te gaan werken. Hoe dit te doen wordt beschreven aan de hand van de communicatietools die onderstaand aan bod komen. Het benoemen van uw mandaat kan hierbij helpen. Door letterlijk te benoemen wat er van u als professionele politiefunctaris of verhoorder wordt verwacht creëert u afstand tussen wat u doet en wie u bent. Zo wordt het een en ander minder persoonlijk en bent u bijgevolg minder kwetsbaar voor manipulatie gericht op u als individu. Een voorbeeld:

“Een verdachte die niet van zijn vrijheid beroofd is vraagt om het gesprek kort te houden want hij heeft weinig tijd en heeft immers nog andere belangrijke zaken te doen. Door letterlijk uw mandaat te benoemen en te vertellen dat er van u wordt verwacht een verhoor af te nemen inclusief een hoeveelheid vragen die zijn voorbereid te stellen, dat u het belangrijk vindt uw werk goed te doen en dus zal afronden op het moment dat uw taak volbracht is.”

### 3.2.3. VOORINGENOMENHEID IN DE COMMUNICATIE

De alertheid omtrent het manipulatieve gedrag werkt allicht het daadwerkelijk zien van leugens en bedrog in de hand. De kans bestaat dat wanneer u zich gaat focussen op het manipulatieve en bijvoorbeeld het leugenachtig gedrag tracht te voorkomen, u ook daadwerkelijk meer leugens gaat observeren. Dit fenomeen wordt ook wel vooringenomenheid genoemd. Over het effect van vooringenomenheid op het politie- en researchewerk is in het verleden reeds uitgebreid geschreven (Rassin, 2007). Voor dit uiterst interessant en zogenaamde tunnelvisiegericht politiewerk verwijzen we daarom graag naar de bestaande wetenschappelijke bronnen. Toch willen we bij wijze van illustratie kort stilstaan bij het fenomeen vooringenomenheid en het effect ervan op onze communicatie. Onderstaand zullen we eerst inzoomen op de oorzaken van vooringenomenheid om vervolgens aandacht te schenken aan het effect ervan op ons eigen aandeel in de communicatie.

Wanneer vooringenomenheid actief is, wordt er uitgegaan van een bepaalde vooronderstelling en/of beeld omtrent bijvoorbeeld de verhoorde. Die vooronderstelling kan gaan over schuld, aandeel of betrokkenheid bij bepaalde feiten waarbij we bij psychopaten ervan uitgaan dat ze niet de volledige waarheid zullen vertellen. Deze aanname beïnvloedt niet enkel onze beeldvorming, maar ook de manier van communiceren en attitude ten aanzien van deze persoon. Het risico van deze beïnvloeding zit hem in het cyclisch karakter, ook wel bekend als actie versus reactie. Des te sterker de vooringenomenheid, des te meer dit zichtbaar zal zijn in onze attitude, manier van toenadering zoeken en/of contact maken. De manier van toenadering en contact maken heeft vervolgens weer effect op de houding van de ‘manipulator’, die zich bijvoorbeeld meer verdedigend gaat gedragen enzovoort.

Om dit mechanisme te illustreren een concreet praktijkvoorbeeld: ontkenning van het persoonlijk aandeel en/of betrokkenheid bij bepaalde feiten wordt vaak sceptisch ontvangen. Waarbij blijvende ontkenning niet zelden als een bevestiging van het vermoeden van manipulatie en leugenachtigheid wordt beschouwd. De ontkenning wordt hier niet als ontkenning gewaardeerd, maar geïnterpreteerd als een vermoeden van schuld.

Dit mechanisme wordt veroorzaakt door een soort van menselijke denkfout die te verklaren valt met behulp van verschillende principes uit de psychologie zoals *confirmation bias*, *belief perseverance* en *self-fulfilling prophecy*.

- ✓ Met *confirmation bias* wordt de onbewuste voorkeur tot bevestiging bedoeld (FISKE, GILBER en GARDNER, 2010). Dit kunnen we het best

---

begrijpen als een soort selectief denken waarbij men de neiging heeft met name te letten op, en te zoeken naar die informatie in de communicatie die overeenstemt met de eigen overtuiging en deze bijgevolg ook bevestigt. Tegelijkertijd zal informatie die deze overtuiging tegenspreekt genegeerd worden, niet gezocht of ondergewaardeerd worden. Men gaat eigenlijk onbewust op zoek naar de relevantie en bevestiging van de eigen overtuiging. Als u bijvoorbeeld gelooft dat er tijdens volle maan een toename is in het aantal opnames op een spoedafdeling, dan zal u de opnames opmerken tijdens een volle maan, maar niet kijken naar de maan tijdens opnames in andere nachten van de maand. Als u deze neiging langere tijd aanhoudt, dan zal dat uw geloof versterken in de relatie tussen volle maan en ongevallen en andere maaninvloeden.

- ✓ *Belief perseverance* is een gelijkaardig fenomeen en lijkt sterk op het principe van *confirmation bias* met het enige verschil dat we niet zo zeer op zoek gaan naar bevestiging dan wel dat we sterk de neiging hebben om vast te houden aan een eerste beeldvorming en we geneigd zijn om alle later verkregen informatie aan te passen en desnoods te vervormen aan het oorspronkelijke beeld of onze eerste overtuiging (Ross and Anderson, 1982).
- ✓ *Self-fulfilling prophecy* is een proces of een beweging die in gang wordt gezet door een eerste indruk. De volgende drie stappen worden dan chronologisch overlopen (MERTON, 1968):
  - ✓ een observeerder vormt een verwachting van een persoon;
  - ✓ de observeerder gedraagt zich naar zijn eigen verwachtingen;
  - ✓ de persoon gaat zich vervolgens gedragen naar de verwachtingen die de observeerder van hem heeft.

Vooringenomenheid kan schadelijk zijn voor de communicatie wanneer de overtuiging, visie of mening over de te horen persoon gebaseerd is op vooroordelen en onbetrouwbare feitelijkheden. Als de overtuiging echter stevig gefundeerd is met tastbaar bewijs of betrouwbare feitelijkheden, zou de neiging om meer aandacht te schenken en belang te hechten aan gegevens die overeenstemmen met onze overtuigingen ons in regel niet op een 'dwaalspoor' mogen brengen. Als we geen oog hebben voor bewijs dat onze overtuiging weerlegt, wordt de grens overgestoken van redelijkheid naar vooringenomenheid. Dit heeft consequenties ten aanzien van uw omgang met psychopathische of manipulatieve persoonlijkheden.

Wanneer we veronderstellen dat we een psychopaat voor ons hebben, zijn we geneigd om (1) ons als professional anders op te stellen en (2) daadwerkelijk manipulatie te ervaren.

Inzicht in het eigen aandeel in de communicatie kan ervoor zorgen dat u van op een afstand naar dit proces kan kijken in plaats van het te ondergaan. Het is belangrijk bewust te zijn van dit fenomeen zodoende het persoonlijk en professioneel comfort te verhogen. Regelmatig afstand nemen van de communicatie en het contact en een overschouwende bril trachten op te zetten is hierbij de boodschap. Dit wordt ook wel metacommunicatie oftewel communiceren over de communicatie genoemd (WATZLAWICK, 2001).

### **3.3. EIGEN AANDEEL IN DE COMMUNICATIE**

Bewust zijn over het eigen aandeel in de communicatie is niet hetzelfde als het voorkomen van manipulatie. Dit laatste kunnen we immers niet voorkomen. Het eigen aandeel gaat eerder over het bewust communiceren. Bewust communiceren gaat vervolgens over op een comfortabele manier de regie houden over het gesprek. Communicatietools kunnen hierbij letterlijk als verschillende gereedschapsitems uit een gereedschapskist beschouwd worden waarmee in de communicatie aan de slag kan worden gegaan. Indien een bepaald gereedschap niet het gewenste effect zou geven, kan u deze terug stoppen in de kist en een ander tool uitproberen. Belangrijk hierbij is dat u weloverwogen uw items uit de gereedschapskist haalt, bewust van timing, hantering en effect.

#### **3.3.1. EFFECT VOORINGENOMENHEID**

Het belangrijkste risico van vooringenomenheid is dat het de communicatie en bijgevolg ook de vraagstelling van de politiefunctionaris gaat beïnvloeden, waardoor het vervolgens voor de manipulatieve gesprekspartner (al dan niet bewust) makkelijk is om met deze beïnvloeding mee te gaan. Indien de beïnvloeding voor hem of haar gunstig is en de manipulatieve gesprekspartner van mening is dat deze wending hem/haar voordeliger uitkomt, zal er uiteraard minder bereidheid zijn om deze beïnvloeding te corrigeren. Bewust worden van deze beïnvloeding en uw communicatie aanpassen is een belangrijke factor om in de gaten te houden. Zo kan u de kans op manipulatie – voor wat betreft uw aandeel in de communicatie – minimaliseren.

Enkele voorbeelden uit de communicatie ter verduidelijking:

- ✓ het maximaliseren van de persoonlijke overtuiging:  
‘Uw justitie assistent heeft het verteld en dan zal het toch wel waar zijn.’  
‘Ik denk/weet dat u liegt, dus u kunt het beter gewoon vertellen hoe het is gelopen.’
- ✓ (on)bewust een suggestie aandragen op basis van de persoonlijke visie of overtuiging:

---

‘U hebt wel een taxi genomen, enkel u zegt van niet; dat is nou net het probleem.’

‘Of is het nu zo dat het kledingstuk in uw handen is gevallen en dat u het zo hebt verstopt?’

- ✓ (on) bedoeld druk uitoefenen op de gesprekspartner/verhoorde:  
‘Dat weet u wel, ik zie het aan u. Antwoord nu gewoon’  
‘Eerst vertelt u me A en nu maakt u me B wijs, wat is het nu, vertel!’
- ✓ het verhaal van de gesprekspartner positief of negatief bevestigen op basis van de persoonlijke visie:  
‘Dat is alweer een fout antwoord. Wat bent u toch een slappe kerel. U wilt het gewoon niet zeggen.’  
‘Kijk, nu bent u goed aan het vertellen, dat is verstandig. Ik heb respect voor u.’

Deze voorbeelden tonen aan dat u in de manier van communiceren (on)bedoeld informatie kan prijsgeven aan de ander over uw visie of overtuiging. Deze informatie kan een persoon met psychopathische trekken misbruiken teneinde u te manipuleren. Wees daarom zo neutraal mogelijk ten aanzien van de manipulatieve ander, het beperken tot open, niet-suggestieve vragen is hierbij zeer efficiënt.

### **3.3.2. VRAAG EN ANTWOORD**

Het is des mensen om in communicatie aardig gevonden te willen worden door uw gesprekspartner. Dit onbewust verlangen gaat over de wens om als sympathiek te worden beoordeeld. Het verschil tussen sympathie en empathie wordt op dit vlak echter in praktijk wel eens onjuist gepraktiseerd. Empathie is noodzakelijk voor het welslagen van eender welke communicatie en vormt de basis van een ‘werkrelatie’ met uw gesprekspartner. Empathie is het vermogen om zich te kunnen inleven in de ander. Dit gaat over zich begripvol kunnen opstellen, niet oordelend, en het in staat zijn tot het installeren van een veilig contact met uw gesprekspartner. Iemand sympathiek vinden daarentegen gaat over hoe de ander over u denkt waarbij we – zoals boven reeds aangehaald – graag positief beoordeeld willen worden.

Het verlangen om als sympathieke gesprekspartner te worden bestempeld, kan u echter belemmeren om de overhand in de communicatie te houden en kan in contact met manipulatieve persoonlijkheden ervoor zorgen dat u zich kwetsbaar opstelt. Doorgaans zijn we niet geneigd de ander of onze gesprekspartner terug te geven dat we bijvoorbeeld niet tevreden zijn met een bepaald antwoord



op een gestelde vraag, en dit uit angst om onaardig gevonden te worden (het bewust hanteren van de *'bad cop'* techniek buiten beschouwing gelaten). Kennismaken van soorten antwoorden en een bepaalde alertheid hieromtrent ontwikkelen, kan uw bewustzijn rond communicatie vergroten en uw regie ten aanzien van het verhoor versterken. Wees niet te snel tevreden met de antwoorden die u krijgt van de psychopaat.

Krijg ik antwoord op mijn vraag? Deze vraag wordt doorgaans te weinig gesteld. Wanneer we dit wel zouden doen en zouden inzoomen op de soorten antwoorden, wordt snel duidelijk dat we in communicatie snel tevreden zijn met de reactie van de ander. Dit blijkt uit de verschillende soorten antwoorden zoals geformuleerd door Kouwenhoven (2007) en waarbij we een onderscheid kunnen maken tussen een raketings, blokkerend of ontwijkend antwoord. Daarnaast kunnen we ook nog 'geen antwoord' differentiëren waarbij als reactie op een vraag, elke vorm van verbale communicatie uitblijft. In dit geval is de stilte, het non-verbale ook een antwoord. Aangezien uit de communicatietheorie van WATZLAWICK (1978) blijkt dat we als mensen niet kunnen communiceren. Een raketings antwoord, is een antwoord naast de kwestie. Bij een blokkerend antwoord wordt de verbale communicatie letterlijk door de ander geblokkeerd. En bij een ontwijkend antwoord gaat de gesprekspartner een andere kant in de communicatie aansturen.

Ter illustratie:

*'Wie heeft die kopjes daar neergezet?'*

Raketings: *'Die stonden er gisteren al.'*

Blokkerend: *'Wat bedoelt u met een kopje?'*

Ontwijkend: *'Maak u niet druk om die kopjes.'*

*'Wat voelde u toen u dit deed?'*

Raketings: *'Ik denk dat ik het de volgende keer anders zal doen.'*

Blokkerend: *'Wat is dat, een gevoel?'*

Ontwijkend: *'U bedoelt wat ik dan doe?'*

Door het benoemen en teruggeven van het gebruikte antwoord aan uw gesprekspartner, houdt u de leiding over de communicatie met uw persoonlijke doelstelling (antwoord krijgen op uw vraag) voorop gesteld.

### **3.3.3. EFFECTIEVE TOOLS IN DE COMMUNICATIE**

Wanneer u de regie in handen wil houden is het raadzaam om bewust met een aantal communicatietools te gaan experimenteren. Hierbij kan men

onderzoeken of de toepassing van deze communicatietools meer comfort bieden en welk effect ze hebben op de communicatie.

Onderstaande tips voor de communicatie komen uit PAUWELS (2013):

<p>1. Gebruik van IK-boodschappen Door te praten vanuit uzelf, houdt u ook de lading bij uzelf; de beschuldiging voor de ander valt weg waardoor de boodschap makkelijker te accepteren is.</p>
<p>2. Maak eerst (oog)contact en creëer een 'veilige' start Steek niet meteen van wal. Communicatie zonder een contactfase is vaak het ideale recept voor miscommunicatie en -interpretatie. Geef bij aanvang het doel van het vraaggesprek aan.</p>
<p>3. Korte termijn versus langetermijneffect Wees flexibel met de doelstelling van het gesprek/begeleiding/in datgene wat u wil bereiken, dit zet de communicatie minder 'vast'. Ga mee met de dynamiek van het gesprek.</p>
<p>4. Veralgemening vermijden Achter uitdrukkingen zoals "Dat kan gebeuren...", "Iedereen heeft wel eens..." kan het voor de gesprekspartner veilig zijn om achter te verschuilen, men dient dit enkel te bevestigen. Daarnaast geeft dit ook blijk van weinig betrokkenheid of persoonlijke interesse, de ander kan zich hierdoor niet begrepen voelen.</p>
<p>5. Duidelijke afspraken maken – preventief &amp; samen Afspraken die in de communicatie preventief gemaakt zijn, werken als vlaggenstokken en fungeren als een moment waar u altijd terug naar kan verwijzen. Afspraken voorkomen "het mislopen op". Gebruik uw eigen comfort of binnenkant als leidraad om afspraken te formuleren; wat heb u nodig om het gesprek goed te laten verlopen? Laat ook de cliënt afspraken in zijn bewoording en ervaring benoemen.</p>
<p>6. Communiceren op de laag van het gedrag Wees zo concreet en duidelijk mogelijk in communicatie, verlangens en/of verwachtingen naar de ander toe. Tracht u te beperken tot het bespreken van onderwerpen op de laag van het gedrag; wat wil u dat iemand (niet) doet? Bij de bespreking van feitelijkheden is het minder evident om bedrog toe te passen.</p>
<p>7. Benoemen van het gedrag van de ander Door het gedrag van de ander te benoemen zonder zelf in te vullen of te interpreteren wat de betekenis/motivatie ervan zou zijn, bestendigt u het contact en laat u de communicatie en interactie stromen. De informatie dient op deze manier van de cliënt te komen, hierdoor verhindert u uzelf onbedoeld informatie prijs te geven die mogelijk gebruikt kan worden in de manipulatie. Benoemen van gedrag in situaties van agressie/ emotie is vaak effectief doordat het verbinding maakt tussen uzelf en de ander.</p>

<p>8. Benoemen van uw binnenkant Door het verwoorden van hoe u het contact ervaart/wat er in uw binnenkant gebeurt, kan u situaties begrenzen. Tegelijkertijd kan u de ander uitnodigen uw binnenkant te respecteren.</p>
<p>9. Persoonlijk comfort bewaken Hoe voelt u zich bij het contact/het verhoor van de persoon? Maak werkelijk contact met uw binnenkant en onderzoek of u nog in uw persoonlijke comfortzone aanwezig bent. De regie over uw comfort hebt u zelf in handen. Indien u opmerkt dat u niet comfortabel op de verhoorstoel zit, kan u stilstaan bij wat u nodig hebt om uw comfort te herstellen.</p>
<p>10. De gunfactor doet wonderen Het uiten van uw bezorgdheid en/of het benoemen van wat u een ander zou gunnen werkt positief en stimulerend indien dit op een authentieke manier gebeurt.</p>
<p>11. Over-motivering vermijden Het overtuigen van de ander of van uw gelijk werkt vaak averechts. Wanneer iemand het gevoel heeft niet vanuit volledige bewegingsvrijheid te kunnen beslissen, wekt dit vaak weerstand en manipulatie op.</p>
<p>12. 'Ja... en' versus 'Ja... maar' 'Maar' heeft een bizar effect in de communicatie waardoor de ander het gevoel heeft niet gehoord te worden en de neiging tot het nog verder verduidelijken kan ontstaan. Deze communicatieve pingpong kan overgaan tot strijd.</p>

#### 4. **BESLUIT: DE UITDAGING IN HET VERHOOR VAN PSYCHOPATEN**

Zoals in dit hoofdstuk uiteengezet, staan verhoorders die op het punt staan een psychopaat te verhoren, voor een hele reeks uitdagingen. De eerste en ontegensprekelijk grote uitdaging zal liggen in de tijdige detectie van het psychopathisch persoonlijkheidsprofiel van de verdachte. De verhoorder is immers geen psycholoog of psychiater die in de psychodiagnostiek opgeleid is, laat staan dat hij tijd heeft voor een grondige klinische analyse van het persoonlijkheidsprofiel. Bij sommige verdachten zal de psychopathische persoonlijkheidsstructuur relatief duidelijk merkbaar zijn, terwijl het masker van de andere persoon langer zal standhouden. Daarenboven is de ene psychopaat de andere niet: diverse subtypen kunnen immers onderscheiden worden. Zo zal de prototype, koelbloedige en berekende psychopaat (bv. Marc Dutroux) een andere aanpak vereisen dan bijvoorbeeld Joran van der Sloot die nog enige charme aan de dag kon brengen maar zich heel impulsief gedroeg.

Bovendien zal de informatieverzameling tijdens een verhoor bij een verdachte met psychopathie bemoeilijkt worden en soms zelfs onmogelijk gemaakt worden door diens persoonlijkheidskenmerken.

---

De verhoorders dienen immers een persoon te verhoren die leugens en deceptie niet schuwt en die graag een dominante, manipulatieve houding aanneemt. Bovendien zal deze persoon weinig waarschijnlijk diepgaande emoties tonen, laat staan empathie en begrip voor het slachtoffer. Het opbouwen van een werkrelatie wordt door hun onverschilligheid, hun onmogelijkheid om enige vorm van relatie op te bouwen en hun kilheid haast onmogelijk gemaakt. Een lang verhoor zal hun neiging tot verveling triggeren; hen wijzen op hun verantwoordelijkheid of op hun eerdere fouten zal naar alle waarschijnlijkheid niet tot het gewenste effect leiden.

Toch mogen al deze uitdagingen niet leiden tot een verlamdend pessimisme die we met betrekking tot psychopathie helaas vaker tegenkomen bij professionals. Zo hebben bijvoorbeeld decennia lang academici en hulpverleners de behandeling van psychopaten als een hopeloze zaak beschouwd en dit voornamelijk op basis van één bedenkelijke en verouderde, maar massaal geciteerde studie van RICE, HARRIS and CORMIER (1992). De laatste jaren maakt deze pessimistische houding meer en meer plaats voor een eerder optimistische houding: Er worden nu behandelingsprogramma's ontwikkeld die zeer sterk afgestemd zijn op de kenmerken van psychopathie en waar zelfs hoopgevende resultaten mee geboekt worden (POLASCHEK and DALY, 2013). Deze wijzigingen waren enkel mogelijk geweest door een beter begrip van het psychopathieconstruct alsook door een aanpassing van bestaande methodieken van de kenmerken van psychopathie.

In dit hoofdstuk hebben we daarom de lezer eerst laten kennismaken met een meer genuanceerde wetenschappelijke visie op psychopathie en hebben we uitgebreid stilgestaan bij de wijze waarop zowel de verhoorder als de aanwezigheid van manipulatieve, psychopathische trekken bij de verdachte het verhoorproces kunnen beïnvloeden. We hopen dat iedere lezer uit dit verhaal tools of handvatten kan halen die voor een welbepaald verhoor bij een welbepaalde verdachte van toepassing lijken.

Toch pretenderen we niet dat dit hoofdstuk het eindpunt is, integendeel. Toekomstig onderzoek zal ons onder meer nieuwe en bruikbare inzichten geven aangaande onder meer de communicatiestijl van psychopaten, een onderzoekspiste die nu pas aandacht begint te krijgen, en de verdere subtypering van psychopaten.

Ook de ervaringen met en expertise in het verhoor van psychopaten van verhoorders dienen verder verzameld te worden. Alleen door de samenvoeging

van wetenschap en praktijkexpertise zullen we het verhoor van de psychopatische individu verder kunnen optimaliseren.

## 5. REFERENTIES

- ✓ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 2013 (5th ed.). Washington, DC, Author.
- ✓ ASSARY, E., SALEKIN, R.T. and BARKER, E. D., “Big Five and Callous-unemotional Traits in Preschoolers”, *Psychopathology and Behavioral Assessment* 2014, 36(4).
- ✓ CAMILLERI, J. A and QUINSEY, V. L., “Individual differences in the propensity for partner sexual coercion”, *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2009, 21(1), 111-29. doi:10.1177/ 1079063208327237.
- ✓ BASKIN-SOMMERS, A. R., CURTIN, J. J. and NEWMAN, J. P., “Specifying the attentional selection that moderates the fearlessness of psychopathic offenders”, *Psychological Science* 2011, 22(2), 226-34. doi:10.1177/095679761039622.
- ✓ BASKIN-SOMMERS, A.R., CURTIN, J.J. and NEWMAN, J.P. (in press), “Altering the Cognitive-Affective Dysfunctions of Psychopathic and Externalizing Offender Subtypes with Cognitive Remediation”, *Clinical Psychological Science*.
- ✓ BASQUE, C., TOUPIN, J. and CÔTÉ, G., “Predicting recidivism in adolescents with behavior problems using PCL-SV”, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2013, 57(9), 1140-57. doi:10.1177/0306624X12455321.
- ✓ BLAIS, J. and FORTH, A. E., “Potential labeling effects: influence of psychopathy diagnosis, defendant age, and defendant gender on mock jurors’ decisions”, *Psychology, Crime & Law* 2014, 20(2), 116-134. doi:10.1080/1068316X.2012.749473.
- ✓ BLAIS, J., SOLODUKHIN, E. and FORTH, A. E., “A Meta-Analysis Exploring the Relationship Between Psychopathy and Instrumental Versus Reactive Violence”, *Criminal Justice and Behavior* 2014, 41(7), 797-821. doi:10.1177/0093854813519629.
- ✓ BOLT, D. M., HARE, R. D. and NEUMANN, C. S., “Score Metric Equivalence of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) across criminal offenders in North America and the United Kingdom: a critique of Cooke, Michie, Hart, and Clark (2005) and new analyses”, *Assessment* 2007, 14(1), 44-56. doi:10.1177/1073191106293505.
- ✓ CAES, L., UZIEBLO, K., CROMBEZ, G., DE RUDDERE, L., VERVOORT, T. and GOUBERT, L., “Negative Emotional Responses Elicited by the

- 
- Anticipation of Pain in Others: Psycho-physiological Evidence”, *The Journal of Pain* 2012, 13(5), 467-476. doi:10.1016/j.jpain.2012.02.003.
- ✓ CAMILLERI, J. A. and QUINSEY, V. L., “Individual differences in the propensity for partner sexual coercion”, *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2009, 21(1), 111-29. doi: 10.1177/ 1079063208327237.
  - ✓ CLECKLEY, H. (1941, 1976). *The Mask of Sanity* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.
  - ✓ COID, J., FREESTONE, M. and ULLRICH, S., “Subtypes of psychopathy in the British household population: findings from the national household survey of psychiatric morbidity”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2012, 47(6), 879-91. doi: 10.1007/ s00127-011-0395-3.
  - ✓ COID, J., YANG, M., ULLRICH, S., ROBERTS, A., MORAN, P., BEBINGTON, P.,... HARE, R., “Psychopathy among prisoners in England and Wales”, *International Journal of Law and Psychiatry* 2009, 32(3), 134-41. doi:10.1016/j.ijlp.2009.02.008
  - ✓ COOKE, D. J., MICHIE, C., HART, S. D. and CLARK, D., “Assessing psychopathy in the UK: concerns about cross-cultural generalisability”, *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 2005, 186, 335-41. doi:10.1192/bjp.186.4.335
  - ✓ DECETY, J., SKELLY, L. R. and KIEHL, K. A., “Brain response to empathy-eliciting scenarios involving pain in incarcerated individuals with psychopathy”, *JAMA Psychiatry* 2013, 70(6), 638-45. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.27
  - ✓ EDENS, J. F. and CAHILL, M. A., “Psychopathy in adolescence and criminal recidivism in young adulthood: longitudinal results from a multiethnic sample of youthful offenders”, *Assessment* 2007, 14(1), 57-64. doi:10.1177/1073191106290711
  - ✓ EDENS, J. F., DAVIS, K. M., FERNANDEZ SMITH, K. and GUY, L. S., “No sympathy for the devil: attributing psychopathic traits to capital murderers also predicts support for executing them”, *Personality Disorders* 2013, 4(2), 175-81. doi:10.1037/a0026442
  - ✓ EDENS, J. F., MARCUS, D. K., LILIENFELD, S. O. and POYTHRESS, N. G., “Psychopathic, not psychopath: taxometric evidence for the dimensional structure of psychopathy”, *Journal of Abnormal Psychology* 2006, 115(1), 131-44. doi:10.1037/0021843X.115.1.131
  - ✓ GIBBON, S., DUGGAN, C., STOFFERS, J., HUBAND, N., BA, V., FERRITER, M. and LIEB, K., “Psychological interventions for antisocial personality disorder”, *Cochrane Database Systematic Review* 2010, 6. Doi: 10.1002/14651858.CD007668.pub2.

- ✓ FALKENBACH, D. M., STERN, S. B. and CREEVY, C. (2014), "Psychopathy variants: empirical evidence supporting a subtyping model in a community sample". *Personality Disorders* 2014, 5(1), 10-9. doi:10.1037/per0000021.
- ✓ FERNANDO, A. B. P., MURRAY, J. E. and MILTON, A. L., "The amygdala: securing pleasure and avoiding pain" *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 2013, 7, 190. doi:10.3389/fnbeh.2013.00190.
- ✓ FISKE, S.T., GILBERT, D.T. and GARDNER (eds.), *The handbook of social psychology* (5th ed.). Hoboken, N.J., Wiley, 2010.
- ✓ Fountoulakis, K.N., Leucht, S. and Kaprinis, G.S., "Personality disorders and violence", *Current Opinion in Psychiatry* 2008, 21(1), 84-92.
- ✓ GLENN, A. L., JOHNSON, A. K. and RAINE, A., "Antisocial personality disorder: a current review", *Current Psychiatry Reports* 2013, 15(12), 427. doi:10.1007/s11920-013-0427-7.
- ✓ HARE, R.D., *The Psychopathy Checklist. Unpublished manuscript*. University of British Columbia, Vancouver, Canada, 1985.
- ✓ HARE, R., *The Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Multi-Health Systems, 2003.
- ✓ HOWARD, R. C., KHALIFA, N. and DUGGAN, C., "Antisocial personality disorder comorbid with borderline pathology and psychopathy is associated with severe violence in a forensic sample" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2014, 25(6), 658-672. doi:10.1080/14789949.2014.943797.
- ✓ KOUWENHOVEN, M., *Strategisch coachen*. Uitgeverij Boom, 2007.
- ✓ LANGEVIN, R. and CURNOE, S., "Psychological profile of sex offenders using weapons in their crimes", *Journal of Sexual Aggression* 2013, 20(1), 55-68. doi:10.1080/13552600.2013.769636.
- ✓ LEISTICO, A.-M. R., SALEKIN, R. T., DECOSTER, J. and ROGERS, R., "A large-scale meta-analysis relating the hare measures of psychopathy to antisocial conduct", *Law and Human Behavior* 2008, 32(1), 28-45. doi:10.1007/s10979-007-9096-6.
- ✓ MELOY, J., "Empirical basis and forensic application of affective and predatory violence", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006, 539-547. Retrieved from <http://anp.sagepub.com/content/40/6-7/539>. short
- ✓ MOKROS, A., HARE, R.D., NEUMANN, C.S., SANTTILA, PK, HABERMEYER, E. and NITSCHKE, J. (in press), *Variants of Psychopathy in Adult Male Offenders: A Latent Profile Analysis*, *Journal of Abnormal Psychology*.
- ✓ MOKROS, A., VOHS, K. and HABERMEYER, E., "Psychopathy and Violent Reoffending in German-Speaking Countries", *European Journal of*

- 
- Psychological Assessment* 2014, 30(2), 117-129. doi: 10.1027/1015-5759/a000178
- ✓ MOUL, C., KILLCROSS, S. and DADDS, M. R., "A model of differential amygdala activation in psychopathy", *Psychological Review* 2012, 119(4), 789-806. doi:10.1037/a0029342
  - ✓ NEUMANN, C. S. and HARE, R. D., "Psychopathic traits in a large community sample: links to violence, alcohol use, and intelligence", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008, 76(5), 893-9. doi:10.1037/0022-006X.76.5.893
  - ✓ NEUMANN, C. S., PH, D., SCHMITT, D. S., CARTER, R., EMBLEY, I. and HARE, R. D., "Psychopathic Traits in Females and Males across the Globe", *Behavioral Sciences & the Law* 2012, 30, 557-574. doi:10.1002/bsl.
  - ✓ O'TOOLE, E., LOGAN, M. and SMITH, S., "Looking Behind the Mask: Implications for Interviewing Psychopaths", *FBI Law Enforcement Bulletin* 2012, 81(7), 1-32. Retrieved from <http://leb.fbi.gov/2012/july/leb-july-2012>.
  - ✓ OLVER, M. E., STOCKDALE, K. C. and WORMITH, J. S., "Risk Assessment With Young Offenders: A Meta-Analysis of Three Assessment Measures", *Criminal Justice and Behavior* 2009, 36(4), 329-353. doi:10.1177/0093854809331457.
  - ✓ OLVER, M. E. and WONG, S. C. P., "Psychopathy, Sexual Deviance, and Recidivism Among Sex Offenders", *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2006, 18(1), 65-82. doi: 10.1007/s11194-006-9006-3.
  - ✓ PAUWELS, C., *Belevend leren - improvisatie, drama en rollenspel in opleiding, training en coaching*. Academia press, Gent, 2013.
  - ✓ POLASCHEK, D. L. L. and Daly, T. E., "Treatment and psychopathy in forensic settings", *Aggression and Violent Behavior* 2013, 18(5), 592-603. doi:10.1016/j.avb.2013.06.003.
  - ✓ RAGATZ, L. L., FREMOUW, W. and BAKER, E., "The Psychological Profile of White-collar Offenders: Demographics, Criminal Thinking, Psychopathic Traits, and Psychopathology", *Criminal Justice and Behavior* 2012, 39(7), 978-997. doi:10.1177/0093854812437846.
  - ✓ RASSIN, E., *Waarom ik altijd gelijk heb. Over tunnelvisie*. Scriptum, 2007.
  - ✓ RICE, M. E., HARRIS, G. T., CORMIER, C. A., RICE, M. E., HARRIS, G. T. and CORMIERT, C. A., "An Evaluation of a Maximum Security Therapeutic Community for Psychopaths and Other Mentally Disordered Offenders". *Law and Human Behavior* 2014, 16(4), 399-412.
  - ✓ ROBERTSON, C. A. and KNIGHT, R. A., "Relating sexual sadism and psychopathy to one another, non-sexual violence, and sexual crime behaviors", *Aggressive Behavior* 2014, 40(1), 12-23. doi:10.1002/ab.21505.



- ✓ SINGH, J. P., GRANN, M. and FAZEL, S., "A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants", *Clinical Psychology Review* 2011, 31(3), 499-513. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.009.
- ✓ SKEEM, J. L. and COOKE, D. J., "Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate", *Psychological Assessment* 2010, 22(2), 433-45. doi:10.1037/a0008512.
- ✓ SKEEM, J., JOHANSSON, P., ANDERSHED, H., KERR, M. and LOUDEN, J. E., "Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants", *Journal of Abnormal Psychology* 2007, 116(2), 395-409. doi:10.1037/0021843X.116.2.395.
- ✓ SKEEM, J. L., POLASCHEK, D. L. L., PATRICK, C. J. and LILIENFELD, S. O., "Psychopathic Personality: Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy", *Psychological Science in the Public Interest* 2011, 12(3), 95-162. doi:10.1177/1529100611426706.
- ✓ SMITH, S. F., WATTS, A. L. and LILIENFELD, S. O., "On the trail of the elusive successful psychopath", *Psychologist* 2014, 27(7), 506-511. Retrieved from www.thepsychologist.org.uk.
- ✓ SORMAN, K., EDENS, J. F., SMITH, S. T., SVENSSON, O., HOWNER, K., KRISTIANSSON, M. and FISCHER, H., "Forensic mental health professionals' perceptions of psychopathy: a prototypicality analysis of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality in Sweden", *Law and Human Behavior* 2014, 38(5), 405-17. doi:10.1037/lhb0000072.
- ✓ SPRAGUE, J., JAVDANI, S., SADEH, N., NEWMAN, J. P. and VERONA, E., "Borderline personality disorder as a female phenotypic expression of psychopathy?", *Personality Disorders* 2012, 3(2), 127-39. doi:10.1037/a0024134.
- ✓ STRASSBERG, D. S., EASTVOLD, A., WILSON KENNEY, J. and SUCHY, Y., "Psychopathy among pedophilic and nonpedophilic child molesters", *Child Abuse & Neglect* 2012, 36(4), 379-82. doi:10.1016/j.chiabu.2011.09.018.
- ✓ UZIEBLO, K., VERSCHUERE, B., VAN DEN BUSSCHE, E. and CROMBEZ, G., "The validity of the psychopathic personality inventory-revised in a community sample", *Assessment* 2010, 17(3), 334-46. doi:10.1177/1073191109356544.
- ✓ VONK, R., *De eerste indruk*, Scriptum Psychologie, 2012
- ✓ WALTERS, G. D., "Psychopathy and crime: testing the incremental validity of PCL-R-measured psychopathy as a predictor of general and violent recidivism", *Law and Human Behavior* 2012, 36(5), 404-12. doi:10.1037/h0093928.

- 
- ✓ WATZLAWICK, P., *Wie weet is het ook anders? Over de techniek van de therapeutische communicatie*, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1978.
  - ✓ WATZLAWICK, P., *Pragmatische aspecten van communicatie*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
  - ✓ WEIZMANN-HENELIUS, G., PUTKONEN, H., GRÖNROOS, M., LINDBERG, N., ERONEN, M. and HÄKKÄNEN-NYHOLM, H., "Examination of psychopathy in female homicide offenders-confirmatory factor analysis of the PCL-R", *International Journal of Law and Psychiatry* 2010, 33(3), 177-83. doi:10.1016/j.ijlp.2010.03.008.
  - ✓ WOODWORTH, M., FREIMUTH, T., HUTTON, E. L., CARPENTER, T., AGAR, A. D. and LOGAN, M., "High-risk sexual offenders: an examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics", *International Journal of Law and Psychiatry* 2013, 36(2), 144-56. doi:10.1016/j.ijlp.2013.01.007.
  - ✓ WYNN, R., HØISETH, M. H. and PETTERSEN, G., "Psychopathy in women: theoretical and clinical perspectives", *International Journal of Women's Health* 2012, 4, 257-263. Doi: 10.2147/ IJWH.S25518.
  - ✓ YU, R., GEDDES, J. R. and FAZEL, S., "Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis", *Journal of Personality Disorders* 2012, 26(5), 775-792.

# VERMIST@HEKLA

Mike DANDOY

## Adjunct-diensthoofd Operaties Federale Taken bij lokale politie zone HEKLA

---

1. Wat is dementie?	172
1.1. Inleiding	172
1.2. Ziekte van alzheimer	172
2. Problematiek in België	173
2.1. Cijfers	173
2.2. Opvang/verzorging	174
3. Verdwijningen en dementieproblematiek	174
4. Aanpak in politiezone HEKLA	175
4.1. Opstart vermist@HEKLA	175
4.2. Pijnpunten	175
4.2.1. Wat wordt gedefinieerd als een onrustwekkende verdwijning?	176
4.2.2. Vindplaats	176
4.2.3. Dossierbeheerder verdwijningen	177
4.2.4. Infofiche persoon met dementie	177
4.3. Pz HEKLA	178
4.3.1. Dossierbeheerders verdwijningen	178
4.3.2. Vermist@hekla	178
4.3.3. Projectbegeleider Vermist	179
4.3.4. Verhoor	179
4.3.5. Rol parket	179
4.4. Wettelijke basis	180
4.5. Praktijkvoorbeelden	181
5. Pro vs. contra	182
5.1. Pro	182
5.2. Contra	183
6. Vermist in andere politiezones	183
7. Vermist in de prijzen	184
8. Vermist in cijfers	184

---

---

## **1. WAT IS DEMENTIE?**

### **1.1. INLEIDING<sup>1</sup>**

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie krijgt elke 7 seconde iemand in de wereld dementie. Het is dan ook voor de WHO prioriteit nummer 1! Het is dan ook duidelijk dat dementie een wereldwijd probleem is en waar velen betrokken bij zijn; hetzij als zieke, partner van een zieke, familie of vriend of hulpverlener. Iedereen kent de term dementie maar wat dementie is, is voor velen onbekend. En wat onbekend is, is onbemind.

Dementie is een syndroom waarbij de verwerking van informatie in de hersenen verstoord is. Een van de gevolgen zijn geheugenstoornissen. Er zijn verschillende stoornissen die in wisselende combinaties voorkomen:

- ✓ afasie: woord of schrift niet meer goed kunnen begrijpen of zich erin uitdrukken;
- ✓ apraxie: geen doelbewuste handelingen kunnen uitvoeren;
- ✓ agnosie: geen objecten meer kunnen herkennen;
- ✓ stoornis in de uitvoerende functies: niet meer kunnen abstraheren, logisch redeneren, organiseren, plannen, doelgericht handelen.

### **1.2. ZIEKTE VAN ALZHEIMER<sup>2</sup>**

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Men stelt dat 70 % van de mensen met dementie lijden aan de ziekte van Alzheimer. Deze ziekte kenmerkt zich door persoonlijkheidsveranderingen, desorientatie, verlies van spraak en vergeetachtigheid.

De ziekte van Alzheimer manifesteert zich in 3 stadia. De fasen vloeien in elkaar over waardoor er niet duidelijk een grens te trekken is in welke fase de patiënt juist zit. De duur van een fase is voor elke patiënt anders.

In het eerste stadium vertoont de patiënt licht geheugenverlies, stemmingschommelingen en een vertraagd reactie- en leervermogen. Complexere taken worden voor de patiënt moeilijker. Praten wordt een probleem, de patiënt stopt in het midden van een zin of hij is snel de pointe kwijt. De patiënt beseft dat

---

1 Cijfers en feiten over dementie – VVSG.

2 [www.alzh.org](http://www.alzh.org).

er iets met hem aan de hand is. Depressie, prikkelbaarheid en rusteloosheid komen vaak voor bij mensen die zich in stadium 1 bevinden.

In dit stadium komt de ziekte meer tot uiting. Het kortetermijngeheugen gaat weg. De patiënt herinnert zich enkel nog het verre verleden. Het oriëntatievermogen vermindert en gaat weg. Zorgverleners moeten herhaaldelijk dezelfde 'bevelen' geven en zeer duidelijk zijn. De taal wordt vervangen door een eigen verzonnen versie. Bekende gezichten worden niet meer herkend.

Deze fase is ook de terminale fase. De persoonlijkheid van de patiënt ebt volledig weg. De persoon herinnert zich niets meer en herkent ook niemand meer. De nood aan permanente verzorging neemt toe. De patiënt heeft geen controle meer over zijn blaas. Het afweermechanisme van het lichaam begint te haperen. Longontstekingen, infecties en andere ziekten steken de kop op. De ademhaling stopt. Uiteindelijk komt de patiënt in een comateuze toestand, waarop de dood volgt.

## **2. PROBLEMATIEK IN BELGIË**

### **2.1. CIJFERS**

Naar schatting 165 000 Belgen hebben een vorm van dementie waarbij 9.3 % van de 65-plussers deze aandoening hebben. Bij 80-plussers is dit al 26.5 %, bij 90-plussers is dit al meer dan 34.8 %.<sup>3</sup> Een 3 000-tal personen jonger dan 65 zouden een vorm van dementie hebben. 2 op de 3 patiënten zijn vrouwen.

Door de vergrijzing van de maatschappij is er een stijgend aantal personen met dementie. Ook het fenomeen van jongere mensen met dementie groeit aan belang. Als de prevalentie cijfers niet veranderen, zal het aantal 65-plussers met dementie in 2030 251 000 zijn en in 2050 al 350 000. Het is niet alleen een Belgisch probleem, in 2050 zouden er 115 miljoen personen met dementie zijn.

De gemiddelde levensverwachting nadat men gediagnostiseerd is met dementie is slechts 8 jaar!

---

3 Qualidem studie – Universit  de Liège & Katholieke Universiteit Leuven.

---

## **2.2. OPVANG/VERZORGING**

Personen die in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) wonen hebben meestal een adequate en gepaste verzorging en omkadering. Echter 30 % van de personen met dementie verblijven in een RVT. 70 % woont thuis en wordt verzorgd door verpleging aan huis of mantelzorgers. 7 % van de mantelzorgers betreft een familielid. Hiervan is het leeuwendeel zelf een 50-plusser en voornamelijk vrouw. De verzorging van een persoon met dementie is niet te onderschatten.

Dit weegt niet alleen fysiek maar ook psychisch. Na verloop van tijd wordt er meestal overwogen om de patiënt alsnog te laten verblijven in een RVT.

In de meeste RVT en ruimere ziekenhuizen, centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra enz. zijn er preventieve maatregelen genomen om personen met dementie te weerhouden uit hun verblijf te laten 'ontsnappen'. Veelal betreft dit een coderingsstelsel aan de uitgang. Sommige bewoners trachten dit te omzeilen door te wachten bij de uitgang en proberen naar buiten te glippen of vragen aan bezoekers om hen even te helpen. Bezoekers hebben al gauw de neiging om deze mensen naar buiten te laten omdat ze niet weten dat het een bewoner betreft of uit onoplettendheid.

Woningen van personen met dementie zijn meestal niet uitgerust met preventieve maatregelen. Meestal is het de partner die alles op slot moet doen en de sleutel dient te verstopten om 'ontsnapping' te voorkomen; dit maakt het leven van de partner er ook niet makkelijker op om permanent in een 'gesloten' woning te leven.

## **3. VERDWIJNINGEN EN DEMENTIEPROBLEMATIEK**

Wanneer personen met dementie gaan wandelen, gebeurt het vaak dat ze onderweg niet meer weten waar ze zijn, waar ze naartoe gingen of hoe ze terug naar huis kunnen keren. Personen met dementie worden ook vaak teruggevonden op oude vertrouwde plaatsen, plaatsen die een betekenis in hun leven hebben gehad:

Ouderlijke woningen, werkplekken, woningen van familie en vrienden, vakantieplaatsen. Wanneer je ze vraagt waarom ze zijn gaan wandelen, kunnen ze daar meestal geen antwoord op geven. Het heeft ook geen zin om hier verder op in te gaan want de patiënten beseffen het zelf niet.

Wanneer er een aangifte van verdwijning is, telt elke seconde. De personen met dementie zijn immers niet zelfredzaam, zullen ook geen hulp vragen en vallen dikwijls niet op in de massa. Personen gaan van het pad af en belanden in velden, gebruiken het openbaar vervoer of nemen hun auto en gaan de weg op. Er zijn verschillende voorbeelden waarbij dwalenden teruggevonden zijn in velden, aan de andere kant van de stad en er is zelfs een dwalende teruggevonden in Oost-Europa omdat hij zonder brandstof was geraakt.

Wanneer een aangifte wordt gedaan van een vermiste blijkt dat er weinig informatie voorhanden is over betrokkene. Al te vaak gebeurt de verdwijning 's nachts waardoor het de nachtverpleegkundige is die verhoord wordt. In vele gevallen heeft die de oudere nooit overdag gezien en kan die dus niet op alle vragen een correct antwoord geven. De vermiste zal nationaal geseind worden, maar dit is slechts een passieve opsporingsmethode.

#### **4. AANPAK IN POLITIEZONE HEKLA**

##### **4.1. OPSTART VERMIST@HEKLA**

In de lokale politiezone HEKLA (Hove-Edegem-Kontich-Lint-Aartselaar) groeide het besef dat het opsporen van vermiste personen sneller kon gaan. Wanneer er een aangifte gebeurde, bleek dat belangrijke informatie niet voorhanden was en dat het cruciale tijd vroeg om dit allemaal op te snorren. Ook vanuit de zorgcentra en de instellingen van het Comité Bijzondere jeugdzorg was er bezorgdheid rond deze problematiek.

Onder impuls van hoofdinspecteur Patrick Crabbé van de politiezone HEKLA en expertisecentrum dementie Orion werd in 2005 een projectteam boven de doopvont gehouden. Al gauw bleek dat er niet alleen nood was voor een doeltreffendere aanpak voor dwalende personen, maar ook voor minderjarigen uit instellingen en voorzieningen. Het team werd dan ook uitgebreid met vertegenwoordigers van politie, zorgcentra en sociale partners uit de politiezone HEKLA. Ook Child Focus en de Cel Vermiste Personen van de federale politie hadden hun inbreng. De samenwerking mondde uit in een protocol (zie bijlage) dat door alle betrokkenen werd ondertekend.

##### **4.2. PIJNPUNTEN**

Vanuit de werkgroep kwamen er verschillende pijnpunten naar boven waaruit bleek dat er veel werk aan de winkel was. Niet alleen in de werking van de verschillende RVT's en instellingen, maar ook bij de werking van politie.

---

#### **4.2.1. WAT WORDT GEDEFINIEERD ALS EEN ONRUSTWEKKENDE VERDWIJNING?**

In het verleden was er geen consensus over wat een onrustwekkende verdwijning was. Wat voor de ene agent onrustwekkend was, was dat voor de andere niet. Om een uniform beleid hieromtrent te creëren werd een ministeriële richtlijn opgesteld.

De ministeriële richtlijn van 20 februari 2002 is duidelijk over wanneer men spreekt van een onrustwekkende verdwijning. Er moet voldaan zijn aan een van de volgende criteria:

- ✓ de vermiste persoon is minder dan 13 jaar oud;
- ✓ de vermiste persoon is lichamelijk of geestelijke gehandicapt, of mist de nodige zelfredzaamheid;
- ✓ de vermiste persoon is afhankelijk van (onontbeerlijke) medicatie of medische behandeling;
- ✓ op basis van de beschikbare informatie kan vermoed worden dat de vermiste persoon zich in een voor hem/haar levensbedreigende situatie bevindt;
- ✓ op basis van de beschikbare informatie kan vermoed worden dat de vermiste persoon in het gezelschap is van derden die zijn/haar welzijn kunnen bedreigen ofwel hij/zij het slachtoffer is van een misdrijf;
- ✓ de afwezigheid van de persoon is in complete tegenstelling tot zijn/haar normale gedrag.

Een persoon met dementie die als vermiste wordt opgegeven, kan men steeds catalogeren onder de term onrustwekkend. Zelfredzaamheid ontbreekt bij de meesten en de afhankelijkheid van medicatie is meestal ook eminent aanwezig.

#### **4.2.2. VINDPLAATS**

Voor de inwerkingtreding van 'vermist@hekla' werd er bij de vaststelling van een verdwijning van een persoon met dementie even rondgekeken in de kamers van de instelling en dan onmiddellijk de politie verwittigd die dan de grote middelen inzette.

De expertise van de Nationale Cel Vermiste Personen van de federale politie bracht enkele opzienbarende punten naar voren waaruit blijkt dat de RVT's en instellingen zelf een grotere inspanning konden leveren vooraleer politie in te schakelen.

- ✓ Men gaat er vaak vanuit dat de persoon weg is. Toch wordt de vermiste meestal in de instelling teruggevonden.



- ✓ 95 % van de vermisten wordt teruggevonden in een straal van 2 kilometer rond de plaats waar betrokkene voor het laatst is gezien. Dit heeft vooral te maken met de fysieke mogelijkheden van ouderen.
- ✓ Een link met het verleden is dikwijls richtinggevend. Waar heeft de vermiste gewoond? Waar heeft de vermiste vroeger gewerkt?  
Kan hij niet worden aangetroffen op het kerkhof bij het graf van dierbaren?
- ✓ Dikwijls worden de vermisten aangetroffen voor een hindernis. Dat kan een gracht zijn, een afsluiting, een spoorwegberm ... doordat zij meestal niet fysiek in staat zijn deze hindernis te overschrijden en zich verder niet weten te oriënteren, blijft de hindernis een blijvende hinderpaal.
- ✓ Belangrijk is dat in de instelling en in de onmiddellijke omgeving een maximale zoektijd van 20 minuten in acht wordt genomen vooraleer de politie wordt ingeschakeld, rekening houdend met de bescherming van de plaats.
- ✓ In die 20 minuten dient nagegaan te worden waar de persoon zich in het gebouw zou kunnen bevinden. Tegelijkertijd moet worden nagevraagd of de vermiste bij familie op bezoek is of door hen is meegenomen.

#### **4.2.3. DOSSIERBEHEERDER VERDWIJNINGEN**

Vanuit de werkgroep kwam er naar voren dat het belangrijk is dat voor alle betrokkenen in de verdwijning van een persoon met dementie, maar eigenlijk telt dit voor alle verdwijningen, er een vast contactpunt is. Het is voor hen belangrijk dat zij steeds bij dezelfde persoon terecht kunnen. Zo moeten zij niet steeds hun verhaal opnieuw doen, men weet dat de informatie die zij krijgen correct is, er ontstaat een vertrouwensrelatie. Bovendien heeft een vast contactpunt het voordeel dat deze perso(o)n(en) expertise en een netwerk opbouw(t)(en).

#### **4.2.4. INFOFICHE PERSOON MET DEMENTIE**

Men merkte dat bij verdwijningen essentiële informatie niet voorhanden was. Er ging veel tijd verloren met het opzoeken van deze informatie, met het contacteren van personen die mogelijk deze informatie hebben enz. Dit maakte dat men cruciale tijd verloor die men kon gebruiken om een persoon terug te vinden.

Vanuit de projectgroep werd een infofiche samengesteld waarin alle belangrijke informatie en varia van de persoon met dementie zijn opgenomen. Dit gaat van leeftijd, persoonsbeschrijving, tot *point last seen*, gegevens omtrent vorige

---

woonplaatsen, enz. Tevens is er een deel waarin de melder aangeeft wat hij/zij zelf al heeft gedaan.

Deze infofiche maakt het de politie mogelijk om doelgericht te gaan werken. De infofiche wordt op voorhand ingevuld door de instelling, samen met familie en/of de patiënt. Informatie zoals *point last seen*, kledij enz. worden ingevuld door de melder van de verdwijning.

Deze infofiche wordt bewaard door de zorginstelling of partner.

Deze werkwijze is goedgekeurd door de privacy-commissie.

In de bijlage is er een voorbeeld van een infofiche gevoegd.

### **4.3. Pz HEKLA**

In de lokale politiezone HEKLA is de vooropgestelde werking volledig geïmplementeerd.

#### **4.3.1. DOSSIERBEHEEDERS VERDWIJNINGEN**

Binnen de politiezone is er een hoofdinspecteur van de dienst Interventie en een inspecteur van de lokale recherche belast met het beheer van de verdwijningen. Zij voeren de kantschriften uit en volgen de verdwijningen op. Normalerweise wordt de initiële aangifte behartigd door de wachtofficier van dienst doch wanneer de dossierbeheerders van dienst zijn, nemen zij de zaak over of ondersteunen zij de wachtofficier. Dit maakt dat zij hun expertise ten dienste kunnen stellen.

Van alle vermiste personen wordt een dossier bijgehouden waarin alle processen-verbaal en meldingen worden bijgehouden. Dit maakt dat bij een verdwijning alle gegevens en vorige onderzoeksdaden onmiddellijk kunnen worden opgezocht.

#### **4.3.2. VERMIST@HEKLA**

Wanneer een vermist persoon wordt gesignaleerd door middel van de infofiche wordt deze doorgestuurd naar het e-mailadres [vermist@hekla.be](mailto:vermist@hekla.be). Deze e-mail wordt automatisch geforward naar alle operationele medewerkers van de politiezone. Dit maakt dat iedereen deze gegevens in zijn persoonlijke

e-mail heeft ontvangen. Na het verzenden van de e-mail neemt de melder contact op met het onthaal van de politiezone om te melden dat er een e-mail is verzonden. Er wordt gecheckt of de e-mail is aangekomen en mogelijke bijkomende vragen kunnen onmiddellijk worden gesteld.

#### **4.3.3. PROJECTBEGELEIDER VERMIST**

Om dit alles op punt te houden en de zorginstellingen te blijven sensibiliseren van de noodzaak van het document is er binnen de politiezone HEKLA een projectbegeleider aangeduid. Tot mei 2014 was dit hoofdinspecteur Patrick Crabbé, die het project ook mee heeft opgestart en die allround projectbegeleider van de politiezone HEKLA is. Hij heeft er ook voor gezorgd dat het project nationale en Europese belangstelling kreeg. In mei 2014 is hoofdinspecteur Mike Dandoy projectbegeleider Vermist geworden.

De projectbegeleider is ook de contactpersoon voor instellingen en partners van personen met dementie. Daar waar zorginstellingen instaan voor het invullen van de infofiche helpt de projectbegeleider partners van personen met dementie dit in te vullen en geeft hen advies en tips om hen te helpen. Hij brengt deze mensen ook in contact met expertisecentra en de hulpverlening.

#### **4.3.4. VERHOOR**

Wanneer een persoon met dementie wordt teruggevonden zal deze nooit verhoord worden. Deze mensen weten meestal niet welk traject ze afgelegd hebben of wat hun beweegredenen waren. Ook wanneer je deze personen zou verhoren op een 'helder' moment gaat dit geen meerwaarde zijn. Meestal weten ze niet wat er gebeurd is.

Tevens kan het hen ook een beschamend gevoel geven omdat ze dan geconfronteerd worden met hun ziekte.

#### **4.3.5. ROL PARKET**

Wanneer een aangifte van vermissing van een persoon met dementie binnen de lokale politiezone HEKLA binnenkomt dan wordt er onmiddellijk een eerste zoeking georganiseerd zoals hierboven beschreven. Het parket wordt eveneens in kennis gesteld zoals bij elke verdwijning. Zij zullen onmiddellijk de nodige consignes geven.

---

Consignes die vrijwel standaard worden gegeven:

- ✓ navraag ziekenhuizen;
- ✓ navraag medewerking De Lijn;
- ✓ contactname Cel Vermiste Personen;
- ✓ publicatie foto vermiste op intranet lokale politie Antwerpen;
- ✓ broadcast bericht in het arrondissement Antwerpen;
- ✓ nazicht op gekende plaatsen die de vermiste vroeger frequenteerde;
- ✓ indien de persoon een gsm bij zich heeft deze laten localiseren door de betrokken operator;
- ✓ indien mogelijk gebruik van bijzondere middelen: speurhond, politiehelikopter enz.

#### **4.4. WETTELIJKE BASIS**

Op 20 februari 2002 werd de ministeriële richtlijn inzake de opsporing van vermiste personen aan de verschillende eenheden van de federale en lokale politie verspreid. Het is deze richtlijn die de basis van het project vormt.

De ministeriële richtlijn geeft overzicht van wat probleemoplossend van alle partners wordt verwacht. Het tweede deel van de ministeriële richtlijn zoomt in op concrete situaties, omdat elke verdwijning anders is. Elke situatie verandert ook voortdurend, waardoor de inschatting van het inzetten van nieuwe en andere middelen constant noodzakelijk is. Het derde, meer informatieve deel, beantwoordt meer deze behoefte.

Gaandeweg werd er rekening gehouden met nieuwe omzendbrieven van het College van Procureurs-generaal bij de hoven van beroep en de omzendbrieven van de procureur des Konings van Antwerpen.

Het werkdocument dat door de verzorgingsinstellingen wordt opgesteld en bijgehouden werd goedgekeurd door de Privacy-commissie mits enkele randvoorwaarden. Hieronder het integrale antwoord:

*“Geachte heer,  
Ik verwijs naar uw e-mail d.d. 24 april 2006, waarin u de vraag stelt naar de conformiteit van uw protocol ‘vermiste personen’ met de WVP<sup>4</sup>. De huidige analyse wordt u meegedeeld op basis van de informatie waarover het secretariaat van de Commissie beschikt.*

---

4 Wet Verwerking Persoonsgegevens.

*U kon mij meedelen dat bij elke opname van een dwalende persoon in een rusthuis of een persoon in een instelling van bijzondere jeugdzorg, het protocol wordt toegepast. Dat komt o.a. neer op het invullen van een standaard formulier met informatie aangaande de betrokken persoon. Het registreren en opslaan van informatie gebeurt enkel bij het betrokken rusthuis of de instelling in kwestie, en niet bij de politiedienst. In geval van een onrustwekkende verdwijning, wordt vervolgens de politie gecontacteerd met overmaking van het ingevulde protocol, waardoor de politiedienst over voldoende elementen beschikt om daadwerkelijk een opsporingsonderzoek te starten.*

*Zoals reeds aangehaald in uw e-mail, baseert het rusthuis zich op de toestemming van de betrokkene of hun vertegenwoordiger om de verwerking te verantwoorden. Deze toestemming dient schriftelijk te worden vastgelegd overeenkomstig de WVP, aangezien er sprake kan zijn van een verwerking van persoonsgegevens. Verder dient het rusthuis of de instelling de betrokkenen te informeren over het doen van deze verwerking van persoonsgegevens, evenals de verantwoordelijke voor de verwerking (rusthuis of instelling) en de mogelijk ontvangers van de informatie (politie).*

*Tevens dient erover gewaakt dat de gegevens vernietigd worden indien zij niet meer dienstig voor het nagestreefde doeleinde.*

*Tenslotte moet het rusthuis of de instelling een aangifte van de verwerking doen bij de Commissie, overeenkomstig artikel WVP. Meer informatie hieromtrent kan u terugvinden op de website van de Commissie: [www.privacycommission.be/aangifte.htm](http://www.privacycommission.be/aangifte.htm) of via de eerstelijns hulp: 02/213.85.98.*

*w.g. de dossierverantwoordelijke K.G.”*

#### **4.5. PRAKTIJKVOORBEELDEN**

Om 17 uur blijkt dat Frans, een 86-jarige, niet meer terug te vinden is op zijn afdeling in de zorginstelling. De verzorger verwittigt onmiddellijk haar collega's. Ze starten een doorzoeking van het gebouw en de terreinen van de instelling. Omdat de verzorgers de opleiding vermist hebben gevolgd, weten dat ze in alle hoekjes en kantjes moeten kijken en ook op de ondenkbare plaatsen. Ze vinden na 10 minuten Frans terug in de wasserij die normaal afgesloten is voor het publiek.

---

Om 21 uur blijkt dat Maria niet meer op haar kamer is. De verzorgster verwittigt onmiddellijk haar collega's en ze starten een zoeking. Alle mogelijke plaatsen worden nagekeken doch Maria is na 20 minuten nog niet teruggevonden. De verzorgster neemt de infofiche van Maria bij de hand en vult de laatste gegevens aan.

Point last seen, kledij en hetgeen ze reeds zelf hebben gedaan. De infofiche wordt onmiddellijk doorgestuurd naar [vermist@hekla.be](mailto:vermist@hekla.be).

Ze telefoneert naar het onthaal met de vraag of de e-mail is aangekomen. Dit blijkt het geval te zijn. De wachtofficier informeert radiofonisch de beschikbare patrouilleploegen en een zoeking start. De politiezones van vroegere woonplaatsen worden in kennis gesteld en krijgen de nodige gegevens doorgestuurd zodat zij mee kunnen uitkijken naar Maria. Deze informatie stond op de infofiche. De wachtofficier leest ook dat zij vroeger een stamcafé had. Een ploeg wordt in de richting van het café gestuurd. Onderweg wordt Maria aangetroffen. Ze zegt dat ze op weg was naar haar stamcafé om een kaartje te gaan leggen.

## **5. PRO VS. CONTRA**

Als voormalig dossierbeheerder verdwijningen en nu als projectbegeleider Vermist blijkt dat initiatieven als Vermist zeker een meerwaarde hebben. Toch zijn er een aantal punten waarover gewaakt moet worden om te voorkomen dat het project zijn doel niet mist.

### **5.1. PRO**

- ✓ Informatie over de vermiste is onmiddellijk beschikbaar waardoor er cruciale tijd gewonnen wordt.
- ✓ Daar waar vroeger bij een verdwijning vrijwel onmiddellijk politie werd ingeschakeld, gaan instellingen nu eerst zelf op zoek omdat ze op de hoogte zijn hoe zij op een professionele manier moeten zoeken.
- ✓ Samenwerking tussen instellingen en politie verloopt vlotter – het onbekende is weg.
- ✓ Door de samenwerking is de drempel lager om andere problemen bespreekbaar te maken.
- ✓ Sinds de invoering van [vermist@hekla](mailto:vermist@hekla.be) is er een significante daling van meldingen van verdwijningen van personen met dementie.

## 5.2. **CONTRA**

- ✓ De ervaring leert dat er in elke organisatie een coördinator moet zijn die zich het project aantrekt en erover waakt dat de afspraken nagekomen worden, dat elke schakel doet wat hij/zij moet doen, de infofiches afdoende ingevuld zijn enz. Deze heeft een cruciale taak in het doen slagen van het project.
- ✓ Nieuwe medewerkers moeten een initiatie krijgen zodat zij mee zijn in het verhaal.
- ✓ In de beginfase was het e-mailadres `vermist@hekla.be` het mikpunt van spam. Het was nodig om dit adres afdoende te beveiligen en veiligheids-sleutels in te bouwen.
- ✓ Men moet ervoor waken dat het project als excuus wordt gebruikt om andere preventieve maatregelen niet te nemen. Het opstarten van de procedure `vermist` moet het laatste middel zijn in de keten.

## 6. **VERMIST IN ANDERE POLITIEZONES**

De goede werking van het project `vermist@hekla` bleef niet onopgemerkt. De voormalige directie CGL (directie van de relaties met de lokale politie) van de federale politie nam het project op als *good practice*. Dit heeft ervoor gezorgd dat het project meer bekend werd binnen het politiemilieu. Ook de steun van de diverse dementiecentra hebben het project bekendheid gegeven. In 2013 waren er al 75 Vlaamse politiezones die het project geïmplementeerd hadden in hun reguliere werking of die in de opstartfase zaten. Het project is tot op heden voornamelijk een Vlaams gegeven. In Wallonië zijn er echter geen dementiecentra die vaak vragende partij zijn. Door de steun van de Cel Vermiste Personen van de federale politie heeft het project ook bijklank gekregen in Wallonië. Het parket van Nijvel is zeer geïnteresseerd in de *good practice* en ondersteund de uitbouw hiervan in haar gerechtelijk arrondissement. Momenteel zijn 10 à 15 politiezones bezig het project `Vermist` te integreren in hun werking, doch er is nog veel werk aan de winkel. Om het project meer luister te geven is de informatiebrochure “Als het dan toch misgaat” vertaald naar het Frans met als titel: “Les disparitions de seniors, un problème qui nous concerne tous”.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is tot op heden de lokale politiezone Brussel Hoofdstad-Elsene aan het werk met het project `Vermist`. Ook daar was het onder impuls van de Cel Vermiste Personen dat het protocol tot stand is kunnen komen.

---

## **7. VERMIST IN DE PRIJZEN**

Het project Vermist is sinds de opstart niet onopgemerkt gebleven.

Hoofdinspecteur Patrick Crabbé heeft verschillende prijzen in ontvangst mogen nemen. Zo heeft het project in 2012 de 'European Foundations Initiative on Dementia' prijs ontvangen. Deze zet Europese projecten in de kijker die zich inzetten voor mensen met dementie. Er is ook interesse uit verschillende Europese landen om het project bij hen te integreren.

Het project wordt ook ondersteund door de koning Boudewijnstichting en dit in het kader van Dementievriendelijke gemeenten.

## **8. VERMIST IN CIJFERS**

Door de implementatie van het project *vermist@hekla* is er sinds 2006 een daling vast te stellen van de meldingen en de effectieve opgestarte dossiers van dwalende personen. De laatste drie jaar is er echter een status quo. Hieronder zijn de cijfers van 2010 tot 2013 weergegeven.<sup>5</sup> De meldingen omvatten alle verdwijningen die aan politie overgemaakt zijn. Deze cijfers omvatten vermissingen die vallen onder het project Vermist alsook alle andere verdwijningen (minderjarigen, meerderjarigen enz.). Afhandelingen omvatten alle verdwijningen waarvoor verdere onderzoekshandelingen zijn ingesteld. M.a.w. die verdwijningen waarbij de vermiste niet onmiddellijk is teruggevonden. Slechts in een kleine 35 % van de verdwijningen zijn er verdere onderzoeksdaden waarvoor een proces-verbaal opgesteld dient te worden. Van de 68 afhandelingen zijn er 34 dossiers die doorgegeven worden aan de dossierbeheerders verdwijningen ofwel 17 %. In 2013 waren er 21 dwalende personen. Het merendeel kwam uit een instelling. Er zijn tevens een aantal terugkerende dossiers; personen die steeds door de mazen van het net weten te glijpen. Het aantal blijft hier rond de 20 hangen. Het is duidelijk dat een goede samenwerking met de verschillende zorgcentra en de jaarlijkse opleidingsdag voor het zorgpersoneel zijn vruchten afwerpt.

---

<sup>5</sup> Het jaarrapport 2014 is tijdens het schrijven nog niet beschikbaar.



	2013	2012	2011	2010
Meldingen	195	206	213	213
Afhandelingen	68	57	85	75
Dossiers	34	42	48	58
Verdwijningen uit instellingen of voorzieningen	24	27	29	53
Dwalende personen	21	19	26	26



---

# **HET ~~OM~~ ALS 'EHBO-DIENST' BINNEN DE WET OP DE GEESTESZIEKE**

Geert MERCHIERS

Procureur des Konings, Parket Oudenaarde

---

1. Inleiding	188
2. Is een gedwongen opname zinvol?	189
3. De procedure in de praktijk	190
4. Minderjarigen en collocatie	191
5. Politionele tussenkomst in de psychiatrische instellingen	192

---

## 1. INLEIDING

De standaardprocedure inzake collocatie situeert zich bij de vrederechter.<sup>1</sup>

De spoedprocedure door tussenkomst van het OM is in principe uitzonderlijk en enkel te verantwoorden in die gevallen waar het tijdsverloop voor gevolg zou kunnen hebben dat er een levensbedreigende situatie ontstaat, hetzij voor de persoon in kwestie, hetzij voor derden.

Die mentale disfuncties waardoor men hetzij voor zichzelf, hetzij voor derden in de directe omgeving een levensbedreigend gevaar betekent, zijn van aard om tot collocatie over te gaan. Het niet-optreden dient gelijk te staan aan een ernstig risico op slachtoffers.

In de praktijk wordt echter vastgesteld dat het OM soms in een rol 'geduwd' wordt die oneigenlijk is. Een aantal oorzaken kunnen gedetecteerd worden. Er is in de onmiddellijke omgeving geen belanghebbende in die zin van de wet die bereid gevonden wordt om de gewone procedure bij de vrederechter op te starten. Een te hechte familiale band kan de reden zijn. De informa-

---

1 De tekst van de wet:

In spoedeisende gevallen kan de procureur des Konings van de plaats waar de zieke zich bevindt, [1 of, in voorkomend geval, de procureur des Konings bedoeld in artikel 1, § 2, vierde lid,]1 beslissen dat deze ter observatie zal worden opgenomen in de psychiatrische dienst die hij aanwijst.

De procureur des Konings treedt op, hetzij ambtshalve na het schriftelijk advies van een door hem aangewezen geneesheer, hetzij op schriftelijk verzoek van een belanghebbende, welk verzoek vergezeld moet gaan van het in artikel 5 bedoelde verslag.

Het advies of het verslag moeten het spoedeisend karakter aantonen.

De procureur des Konings geeft kennis van zijn beslissing aan de directeur van de instelling. De wijze waarop de beslissing van de procureur des Konings wordt uitgevoerd, wordt bij KB geregeld.

Binnen vierentwintig uren na zijn beslissing geeft de procureur des Konings daarvan kennis aan de (rechter) van de verblijfplaats, of bij gebreke daarvan, van de woonplaats of, bij gebreke daarvan nog aan de (rechter) van de plaats waar de zieke zich bevindt en dient bij hem het verzoekschrift in, bedoeld in artikel 5. W 2006-06-13/40, art. 59, 006; Inwerkingtreding: 16-10-2006

Binnen dezelfde termijn geeft de procureur des Konings van zijn beslissing en van zijn verzoekschrift kennis aan de zieke en, in voorkomend geval, aan diens wettelijke vertegenwoordiger, aan de persoon bij wie de zieke verblijft en, in voorkomend geval, aan de belanghebbende die de procureur des Konings hierom heeft verzocht.

De procedure bepaald in de artikelen 6, 7 en 8 is mede van toepassing.

Indien de procureur des Konings het in het vijfde lid bedoelde verzoekschrift niet binnen vierentwintig uren heeft ingediend of indien de (rechter) geen beslissing heeft genomen binnen de termijn bepaald in artikel 8, vervalt de door de procureur des Konings getroffen maatregel. W 2006-06-13/40, art. 59, 006; Inwerkingtreding: 16-10-2006.

tie die gegeven wordt door de medewerkers van het vrederecht kan dit versterken. Zo wordt vaak gewezen op de nefaste gevolgen die het indienen van een verzoekschrift tot collocatie zou kunnen hebben op de toekomstige familiale banden. Nochtans dienen telkens de specifieke criteria afgetoetst te worden en zal in de meeste gevallen het OM tot de conclusie moeten komen dat een tussenkomst op basis van hoogdringendheid niet mogelijk is. Uitzonderlijk kan het OM zelf de rol van belanghebbende opnemen, zoals verwoord in artikel 2 Wet op de Geesteszieken en een verzoekschrift indienen bij de bevoegde vrederechter.

## **2. IS EEN GEDWONGEN OPNAME ZINVOL?**

De meningen zijn hierover verdeeld. Dit blijkt reeds bij aanstelling van de geneesheer die een onderzoek dient te verrichten in opdracht van de optredende procureur des Konings. Daar waar de ene geneesheer snel zal concluderen dat een opname noodzakelijk is, zijn anderen van oordeel dat een gedwongen opname weinig zinvol is.

De patiënt dient zelf toch enigszins overtuigd te zijn of te worden van het belang van een gespecialiseerde medische opvolging. Daar is wel iets over te zeggen. Nochtans wijst de praktijk uit dat in de meeste gevallen de vrederechter na verloop van de periode van inobservatiestelling van 10 dagen, de maatregel bevestigt, waaruit kan worden afgeleid dat niet op losse basis werd beslist. In een aantal gevallen is er bij de patiënt ook totaal geen ziekte-inzicht, zodat in de eerste fase een dwangopname in de spoedprocedure de enige weg is die kan worden bewandeld.

De laatste jaren wordt een toename vastgesteld van gedwongen opnames binnen de spoedprocedure. In de afdeling Oudenaarde waren er in 2010 72, in 2013 waren er 88, in 2014 tot midden november reeds 90. Een verklaring ligt niet direct voor de hand. Allicht zorgt een samenloop van factoren voor de stijging. Zo is het overleg tussen parket-politie-medische sector in deze periode zeker geïntensifieerd, wat resulteerde in duidelijke werkafspraken over diverse deelaspecten van de gedwongen opname, het geneeskundig onderzoek, de opname zelf, het vervoer naar en van de instelling, de tussenkomst van de politiediensten ... Het geheel draait soepeler en de eventuele weerstand om de procedure op te starten is minder aanwezig. Anderzijds zorgt de samenleving in zijn verschillende aspecten en de manier waarop de mens daarin staat zowel professioneel, familiaal en sociaal mogelijk voor een toename van mentale ziekten. De maatschappelijke bespreekbaarheid is de laatste jaren ook groter geworden, zodat een eventuele problematiek sneller onderkend en aangepakt wordt.

---

### 3. DE PROCEDURE IN DE PRAKTIJK

De procedure die door de parketmagistraat dient te worden gevolgd is vrij formeel en aan tijd gebonden. Op zich is dit niet abnormaal, nu de procedure en het gevolg ervan bijzonder ingrijpend kan zijn voor de persoon die er het voorwerp van is. Er dient bijgevolg binnen een strikt juridisch en tijds kader gewerkt te worden en het medisch attest van de door het parket aangestelde deskundige dient aan een aantal strikte inhoudelijke voorwaarden te voldoen. Terecht! De wanpraktijken uit het verleden zijn door de wet uitgesloten.

Het parket komt binnengelopen in een burgerlijke procedure door middel van het spoedeisend luik, om vervolgens snel te verdwijnen en de vrederechter, die de natuurlijke rechter is, zijn werk te laten doen.

Deze sprong naar de vrederechter, die conform de wet binnen de 24 uur gerealiseerd moet worden, vergt in de praktijk een oplettendheid, duidelijke afspraken en organisatie om het geheel rond te krijgen. Zo moeten de originele processen-verbaal – zo die er zijn – door de politiediensten zo snel mogelijk afgewerkt worden en per drager naar het parket gebracht worden. Tevens moeten de parketdiensten, in overleg met de parketmagistraat, de nodige documenten opmaken, zo bijvoorbeeld de vordering vervoer, het verzoekschrift voor de vrederechter ... Alles dient tijdig klaar te zijn en gebracht te worden op de griffie van het vredegerecht. Dit betekent onder meer dat de chauffeur van het parket zich *stand-by* moet houden om de documenten aan de griffie van het vredegerecht te bezorgen.

Indien de parketmagistraat colloqueert in een ander arrondissement, dient bovendien tijdig gecommuniceerd en overlegd te worden met de administratieve diensten van het andere parket, ook hier terug binnen de 24 uur. Het bevoegde arrondissement dient vervolgens in te staan voor de neerlegging van het verzoekschrift bij de bevoegde vrederechter.

De Wet op de Geesteszieke voorziet niet in een vrijheidsberoving bij de tussenkomst door de politiediensten. Het betreft immers in hoofdzaak een louter burgerlijke procedure. Geestesziek zijn is – gelukkig maar – ook geen misdrijf. In de praktijk stelt deze beperking echter vaak problemen. De spoedeisende procedure die gaat in de richting van een gedwongen opname kan logischerwijze op weinig begrip en medewerking rekenen bij de persoon die er het voorwerp van is. Indien die er wel is, wordt gewerkt in de richting van een vrijwillige opname en is er behoudens het eventuele transport – of begeleiding van het transport – naar het gespecialiseerde ziekenhuis door de tussenkomende

politiedienst, geen verdere actie vereist. In de praktijk wordt echter vaak vastgesteld dat deze vrijwillige opname een soort ontsnappingsweg is om te ontkomen aan de gedwongen procedure en in de dagen na de vrijwillige opname het ziekenhuis (PAAZ-afdeling) waar de opname plaatsvond contact opneemt met het parket om toch de spoedeisende procedure op te starten.

Indien de spoedeisende procedure wordt gevolgd kan in principe enkel worden gerekend op de *goodwill* van betrokkene. Echter in nogal wat situaties is de crisis dermate dat dit gepaard gaat met fysiek en verbaal geweld. Bijgevolg staan de politiediensten in die omstandigheden bloot aan verwijten, of erger ook aan fysiek geweld. Om betrokkene over te brengen naar de psychiater wordt meestal beroep gedaan op ziekenvervoer. Het zijn in principe de verplegers die oordelen of een zekere mate van dwang moet worden gebruikt om betrokkene te onderwerpen aan een onderzoek. De agenten ter plaatse treden enkel op in ondersteuning van het verplegend personeel. De handelingen van betrokkene kunnen echter in vele gevallen gecatalogeerd worden als een misdrijf, die toelaten om in overleg met de parketmagistraat een vrijheidsberoving te bevelen voor een duur van maximum 24 uur. Op dat moment komen de agenten wel in een hoofdrol en vindt tijdens de periode van vrijheidsberoving een medisch onderzoek plaats.

#### **4. MINDERJARIGEN EN COLLOCATIE<sup>2</sup>**

Ook minderjarigen kunnen psychisch ontsporen. Tot een tien jaar geleden was de benadering verschillend dan deze op vandaag en de mogelijkheden van opname dramatisch. In het verleden werden deze minderjarigen ondergebracht hetzij in de categorie van de POS-dossiers, hetzij bij het plegen van een misdrijf bij de MOF-dossiers. Dit bracht mee dat de ontsporende minderjarige – indien dit noodzakelijk bleek – werd geplaatst in een instelling gespecialiseerd in de opvang van problematisch functionerende minderjarigen. Dat daarbij in vele gevallen onvoldoende kon worden ingespeeld op de psychische problematiek is duidelijk. Vaak verliep de opnameperiode in deze instelling dan ook problematisch. De minderjarige werd vaak doorgeschoven van de ene naar de andere instelling en niemand voelde zich geroepen om een langetermijnbegeleiding op te starten. Een vallen en opstaan met minieme progressie, gekoppeld aan incidenten en een vermelding op een 'Not Wanted List' in verschillende in-

---

<sup>2</sup> Ten aanzien van minderjarigen is de territoriaal bevoegde procureur des Konings deze van de woon- of verblijfplaats van de ouders of de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige (art. 1, § 2 van de wet van 26 juni 1990 dat verwijst naar art. 44 van de Jeugdbeschermingswet van 8 april 1965).

---

stellingen was vaak de realiteit. In de enkele gevallen waarbij een minderjarige – meestal een net geen meerderjarige tussen de 16 jaar en 18 jaar – werd gecolloqueerd, dan vond deze plaats in een instelling voor meerderjarigen en vond geen behandeling op maat plaats. De specificiteit van een minderjarige met een ernstige stoornis kreeg vaak geen adequate behandeling en opvolging.

Op vandaag zijn er een aantal gespecialiseerde instellingen die garant moeten staan voor een adequate opvang van de minderjarige geesteszieke. In de afdeling Oudenaarde worden de volgende stappen gezet. Indien na ingewonnen advies van een kinderpsychiater wordt beslist tot opname, wordt enerzijds de mogelijkheid van de instelling nagezien om de patiënten onder gedwongen statuut te hospitaliseren en anderzijds dienen deze over een kinder- en jeugd-psychiatrische dienst te beschikken (PC Caritas, PC Sleidinge en PC Guislain).

Wanneer een gedwongen opname aangewezen is doch de hierboven vermelde voorzieningen geen mogelijkheid hebben tot hospitalisatie, wordt de minderjarige door de magistratuur toegewezen aan P.Z. Sint-Franciscus Zottegem, Zoete Nood Gods Lede of aan de psychiatrische dienst die op dat ogenblik de permanentie waarneemt.

Vanuit de vaststelling dat de medische opvang van psychisch ontsporende minderjarigen niet optimaal is uitgebouwd en er een duidelijk gebrek is aan gespecialiseerde plaatsen, dient een zekere terughoudendheid te worden ingebouwd bij de benadering door het OM. De stempel die de minderjarige meedraagt zijnde gecolloqueerd geweest, kan nefast zijn voor haar/zijn verdere evenwichtige ontwikkeling. Vanuit deze optiek komt een passende psychische begeleiding binnen het lopende traject bij de jeugdrechter op basis van een MOF/VOS-dossier als meer aangewezen voor. Vandaag is er een grotere alertheid naar de materie en wordt op vandaag toch getracht een aan de minderjarige aangepaste behandeling te voorzien. Het aantal gevallen van collocatie van minderjarigen in het kader van de spoedprocedure is dan ook – gelukkig – beperkt. Zo waren er in 2013 in de afdeling Oudenaarde amper 5 dossiers.

## **5. POLITIONELE TUSSENKOMST IN DE PSYCHIATRISCHE INSTELLINGEN**

Tijdens de opnameperiode in een gespecialiseerde instelling, kunnen er zich problemen voordoen die de tussenkomst van de politiediensten noodzakelijk maken. Op basis van overlegmomenten tussen de politiediensten en de instellingen dient vastgesteld dat er een duidelijk spanningsveld is tussen de verwachtingen in de instelling en dat wat de politiedienst ervaart als een maatschappelijke opdracht. Zo kunnen er zich moeilijkheden voordoen in de vorm van



geweld naar het verplegend personeel, geweld onderling, dwang die moet uitgeoefend om een persoon in afzondering onder te brengen, verdovende middelen, wapens, ontvluchten uit de instelling.

Basisgegeven is dat de instelling zich in de eerste plaats zelf dient te organiseren om de courante problemen op te lossen. In de meeste instellingen is het overgrote deel van het personeel vrouwelijk, zodat zich in bepaalde situaties, waarbij geweld gebruikt dient te worden men onvoldoende fysieke kracht in huis heeft om tussen te komen. Het is van belang dat er een balans gevonden wordt tussen enerzijds de wettelijke taken die de politiediensten in een aantal materies sowieso hebben en de verwachtingen die door de instellingen worden geformuleerd en waaraan tegemoetgekomen kan worden of niet en in het negatieve geval bepaald wordt om welke redenen dit niet kan gebeuren.

Zo is er geen discussie ingeval er sprake is van een misdrijf: wapens, verdovende middelen. Ook stelt er zich geen probleem ingeval van een ontvluchting. Artikel 18 WPA stelt immers duidelijk dat het wettelijk verplicht is om rondwalende geesteszieken te begeleiden naar de instelling. Ook de ministeriële circulaire inzake verdwijningen legt een aantal duidelijke verplichtingen op. In geval van tussenkomst bij een incident tijdens de overbrenging naar een afzonderingsruimte dient de tussenkomst van politie eerder georiënteerd te zijn op bijstand en tussenkomst enkel indien de fysieke integriteit van het verplegend personeel in gevaar dreigt te komen.



---

# **DE ROL VAN DE VREDERECHTER BIJ DE GEDWONGEN OPNAME**

Fabienne DUCHESNE

Vrederechter tweede kanton Leuven

---

1. Inleiding	196
2. Ontstaansgeschiedenis van de wet van 26 juni 1990	197
3. Toepassingsvoorwaarden van de wet	197
3.1. De voorwaarde ‘ernstige geestesziekte’	198
3.1.1. Omstandig geneeskundig verslag	198
3.1.2. Geen definitie in de wet	200
3.2. De voorwaarde ‘gevaartoestand’	201
3.3. De voorwaarde ‘geen andere geschikte behandeling’	202
4. Beschermingsmaatregelen voorzien in de WPG	202
4.1. De opname ter observatie	203
4.2. De maatregel tot verder verblijf	204
4.3. De verpleging in een gezin	205
4.4. De nazorg	205
4.5. De overbrenging naar een andere psychiatrische dienst	206
5. Procedurele aspecten	207
5.1. De opname ter observatie	207
5.1.1. De procedure bij dringendheid	207
5.1.2. De gewone procedure	214
5.2. De maatregel van verder verblijf	216
6. De rol van de vrederechter	217

---

---

## 1. INLEIDING

Gedwongen opname is een gevoelig en controversieel onderwerp dat regelmatig onder de aandacht komt. Vrijheid en veiligheid behoren immers tot de fundamentele rechten van de mens, en het uitoefenen van vrijheidsbeperking en dwang lijkt hiermee in tegenspraak. Nochtans houdt een goede en correcte toepassing van de wet in dat een patiënt met een geestesziekte, die een gevaar voor zichzelf of voor de andere betekent, bij gebrek aan een alternatieve oplossing, de bescherming krijgt die hij of zij nodig heeft. Hierbij zorgt de professional in de geestelijke gezondheidszorg voor de passende behandeling en begeleiding, waakt de maatschappij erover dat een en ander in de best mogelijke omstandigheden kan gebeuren, met een maximaal behoud van respect en autonomie, en ziet de overheid hierop toe.

In de Vlaamse context betekent dit laatste dat de federale overheid zorgt voor het wetgevend kader en de middelen, terwijl de Vlaamse overheid instaat voor de machtiging (wat een equivalent is voor erkenning) en het toezicht (in hoofde van de geneesheer-inspecteur-psychiater), dit laatste samen met Justitie (in hoofde van de procureur des Konings en de vrederechter). Justitie staat uiteraard ook in voor de procedures (de individuele besluitvorming).

De gedwongen opname, nog wel eens ten onrechte ‘collocatie’ genaamd, kan omschreven worden als de plaatsing in uitvoering van een beslissing van de rechter of de procureur, van een persoon die lijdt aan een psychiatrische stoornis, in een daartoe door de overheid erkend psychiatrisch ziekenhuis voor behandeling of in een gezin met het oog op verpleging, zonder instemming van de betrokkene zelf (zie K. ROTTHIER, *Gedwongen opname van de geesteszieke*, Handleiding bij de Wet Persoon Geesteszieke, die Keure, 2012, 3).

De oude collocatiewet van 1850, werd dankzij de wet van 26 juni 1990, vervangen door een meer moderne en meer aan de 21ste eeuw aangepaste situatie. Deze wet is nu evenwel inmiddels ook al 25 jaar oud, en zou een facelift kunnen gebruiken, om problemen in bepaalde situaties op te lossen. Het uitgangspunt van de oude Krankzinnigenwet van 18 juni 1850 lag in “de bescherming van de burgers tegen ongevallen die door in vrijheid gelaten zinnelozen kunnen worden veroorzaakt”. Men kon gecollocerd worden louter op basis van de beslissing van een geneesheer en de burgemeester, en dit voor onbepaalde tijd. Dit standpunt werd gelukkig ervaren als voorbijgestreefd zowel door de tijdsgeest als door de medische evolutie. In de nieuwe wet die tot stand kwam op 26 juni 1990 heeft men de persoon van de geesteszieke centraal gesteld en gaat men uit van “de bescherming van de persoon van de geesteszieke”.

De gedwongen opname van een psychiatrische patiënt is een multidisciplinaire aangelegenheid geworden, en is niet mogelijk zonder arts, advocaat en vrederechter of jeugdrechter van de Familierechtbank. In vele gevallen komt ook de politie en de procureur des Konings tussen. Wanneer de procureur des Konings tussenkomt, wordt zijn beslissing onderworpen aan het toezicht van de rechter, namelijk de vrederechter bij meerderjarige personen en de familierechter bij minderjarigen. De gedwongen opname is bovendien slechts mogelijk als er aan een aantal strikte voorwaarden is voldaan.

Het is de bedoeling van deze bijdrage om de tussenkomst van de vrederechter en de procedure op juridisch vlak te schetsen.

## **2. ONTSTAANSGESCHIEDENIS VAN DE WET VAN 26 JUNI 1990**

De wet van 26 juni 1990, betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, hierna WPG genoemd, kwam tot stand na een lange parlementaire voorbereiding. Het oorspronkelijke wetsontwerp ingediend op 12 maart 1969 door wijlen A. Vrankx, de toenmalige minister van Justitie, ging oorspronkelijk uit van de medicalisering van de geestesziekte. Mede onder invloed van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM), vond er een juridisering plaats. Er werd ervoor gekozen om de beslissing van de gedwongen opname toe te vertrouwen aan een rechter. Artikel 5, § 4 van het EVRM bepaalt immers dat een vrijheidsberoving enkel uitgesproken kan worden door een rechter. Er werd gekozen voor de vrederechter, de nabijheidsrechter, de rechter die het dichtst bij de mensen staat.

Voor cijfers in verband met de gedwongen opnames in Vlaanderen, kan men terecht op de website van de zorginspectie ([www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)) waar jaarlijks een verslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen wordt gepubliceerd. Het momenteel laatst gepubliceerde verslag heeft betrekking op 2013.

## **3. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN DE WET**

Volgens artikel 2 van de wet van 26 juni 1990 ter bescherming van de persoon van de geesteszieke, is de maatregel tot gedwongen opname slechts mogelijk ten aanzien van een geesteszieke, indien zijn toestand zulks vereist hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven en integriteit, en dit bij gebreke van enige andere geschikte behandeling.

---

Er zijn drie criteria die cumulatief aanwezig moeten zijn, zo niet is er aan de toepassingsvoorwaarden van de wet niet voldaan. Bij toepassing van de wet moet dus telkens in de eerste plaats worden nagegaan of er een ‘geestesziekte’ aanwezig is, die voldoende ernstig is om de maatregel van vrijheidsberoving toe te passen. In de tweede plaats moet nagegaan worden of er zich een gevaarstoestand voordoet, hetzij voor de patiënt zelf, hetzij voor derden. En ten slotte moet worden nagegaan of er geen andere geschikte mogelijkheid bestaat dan de gedwongen opname.

Bij de toepassing van elke van deze voorwaarden doen er zich een aantal moeilijkheden of knelpunten voor, die hierna op niet limitatieve wijze worden toegelicht.

### **3.1. DE VOORWAARDE ‘ERNSTIGE GEESTESZIEKTE’**

#### **3.1.1. OMSTANDIG GENEESKUNDIG VERSLAG**

Het bestaan van een geestesziekte moet in eerste instantie door een geneesheer vastgesteld worden door middel van een omstandig geneeskundig verslag.

Omstandig betekent dat de toestand van de zieke en de noodzaak van de opname in detail wordt beschreven. Het omstandig verslag dient leesbaar en in de taal van de rechtspleging opgesteld te zijn. Het moet ondertekend en in origineel ter griffie neergelegd worden. Het verslag moet uiteraard ook gedateerd zijn, anders kan er niet nagegaan worden of er aan de vereiste van artikel 5, § 2 van de wet, nl. dat het gesteund is op een onderzoek dat hoogstens vijftien dagen oud is, is voldaan. De symptomen van de ziekte moeten erin opgenomen zijn. Ook zal het verslag precies moeten aanduiden waarin het gevaar bestaat en is het niet voldoende te vermelden dat de ziekte toestand van aard is om een gevaar te betekenen.

Het verzoek is onontvankelijk wanneer het omstandig verslag niet voldoet aan de vormvoorwaarden. Hiermee wordt bedoeld het omstandig karakter van het verslag, het feit dat het verslag ouder is dan vijftien dagen, de beschrijving van de gezondheidstoestand, de vermelding van de symptomen, de vaststelling dat de voorwaarden van artikel 2 WPG vervuld zijn. Hieraan kan nog de exceptie van gewijsde toegevoegd worden.

Het verslag moet opgesteld worden door een arts, die niet noodzakelijk een geneesheer-specialist of een psychiater moet zijn. De vraag of de behandelende

geneesheer van een patiënt, zijn huisarts of psychiater bv. een verslag mag opstellen bij een verzoek tot inobservatiestelling, is betwist. De Orde van Geneesheren stelt desbetreffend dat het niet gunstig is voor de verdere vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt. Er bestaat ook het risico op de schending van het beroepsgeheim. Anderzijds staan nogal wat artsen weigerachtig tegenover het afleveren van een dergelijk verslag, zodat het voor de omgeving van de patiënt niet altijd mogelijk is om een medisch verslag voor te leggen. Het is een van de redenen waarom de procedure bij dringendheid meer en meer wordt toegepast.

Het verslag mag niet opgesteld worden door een geneesheer die bloed- of aanverwant is van degene die het verzoek tot opname wil indienen. Ook een arts die familie is van de zieke zelf mag het verslag niet afleveren. De arts mag evenmin verbonden zijn aan de psychiatrische dienst waar de zieke is opgenomen. De wetgever wil vermijden dat de instelling druk zou uitoefenen op de arts om de zieke in het ziekenhuis te houden, of op de patiënt die het ziekenhuis tegen advies wil verlaten. Tevens is het de bekommernis van de wetgever om de onafhankelijkheid van het oordeel van de arts te waarborgen.

Er moet een daadwerkelijk onderzoek aan het geneeskundig verslag voorafgaan en het is de opsteller van het verslag die dit onderzoek moet uitvoeren. Als de arts handelt op verzoek van de procureur is er enkel sprake van een advies. Het verslag moet gesteund worden op een onderzoek dat ten hoogste 15 dagen oud is. In de praktijk wordt artikel 5, § 2 WPG zo toegepast dat enkel wordt nagegaan of bij het verzoekschrift een verslag werd gevoegd dat hoogstens vijftien dagen oud is. Is het verslag ouder dan 15 dagen, zal worden gewezen op het risico van niet-ontvankelijkheid.

Het is van belang voor de rechter dat hij beschikt over een verslag in verband met de medische toestand van de zieke kort voor de aanvang van de procedure. De toestand van de zieke kan immers op korte termijn evolueren en het is niet verantwoord om maatregelen te treffen op basis van een medisch verslag dat ondertussen achterhaald is door de feiten.

Wat als een zieke weigert zich aan een onderzoek te onderwerpen? Een patiënt kan slechts toelating geven of zich verzetten voor zover hij wilsbekwaam is, d.w.z. of hij in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn belangen. Zowel ingeval het een wilsbekwame als een wilsonbekwame geesteszieke betreft, is de plaatsvervangende toestemming op grond van artikel 14 van de Wet op de rechten van de patiënten niet mogelijk. Eventueel kan een medische expertise worden uitgelokt via een eenzijdig verzoekschrift. Maar ook in dit geval kan de

---

patiënt het onderzoek verhinderen of zich ertegen verzetten. Er is hier sprake van een lacune in de wet.

In de spoedprocedure moet de procureur voorafgaandelijk een advies vragen aan een door hem aangewezen geneesheer. Een advies is niet hetzelfde als een omstandig verslag. Het advies moet niet alleen het spoedeisend karakter vermelden, maar ook aantonen.

Het omstandig geneeskundig verslag op zichzelf is evenwel niet voldoende om tot ernstige geestesziekte te besluiten.

### **3.1.2. GEEN DEFINITIE IN DE WET**

Het begrip “ernstige geestesziekte” wordt in de WPG niet gedefinieerd.

Het Europees hof voor de rechten van de mens stelde dat het ook niet wenselijk is om dit begrip te definiëren, omdat de betekenis ervan evolueert met de vooruitgang van het psychiatrisch onderzoek, de toenemende flexibiliteit in de behandeling, de mentaliteitsverandering van de samenleving ten opzichte van geesteszieken, in het bijzonder, het toenemend begrip ten aanzien van de problemen van deze personen.

De wet ter bescherming van de persoon van de geesteszieke omschrijft wel wat in ieder geval niet als een geestesziekte beschouwd kan worden. De onaanpastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden mag op zichzelf niet als een geestesziekte worden beschouwd.

De vraag is dan op basis van welke criteria iemand aangezien kan worden als geestesziek in de zin van de WPG.

In de psychiatrie steunt men zich op het handboek gekend onder de benaming DSM-V. DSM staat voor Diagnostic and Statistic Manual of mental disorder. In dit handboek worden de kenmerken en symptomen opgesomd van de psychiatrische ziektebeelden. Er is wel wat kritiek op het betrokken handboek.

Volgens het Hof van Cassatie, het hoogste gerechtshof in België, is juridisch gezien de wet slechts van toepassing voor zover de rechter vaststelt dat het om een geestesziekte gaat. Dit impliceert meteen ook dat het begrip ‘geestesziekte’, zoals in de wet op de persoon van de geesteszieke bedoeld, geen louter medisch begrip is, maar een juridische kwalificatie waarvan de wetgever en de rechter de inhoud kunnen bepalen. Met andere woorden, de rechter behoudt



de vrijheid om op basis van het omstandig geneeskundig verslag te beslissen of er voldaan is aan de toepassingsvoorwaarde van de geestesziekte. Dit betekent dat de rechter naast de medische gegevens ook op basis van het persoonlijk en feitelijk gedrag van de zieke, de geestesziekte zal toetsen. Dit geeft soms moeilijkheden in de praktische toepassing, zo onder meer bij persoonlijkheidsstoornissen, dementie, mentaal gehandicapten, extreme sociale problemen, geïnterneerden enz.

Ook de problematiek inzake de middelenverslavingen is daar een illustratie van. De wet wordt wel toegepast wanneer de verslaving gepaard gaat met psychiatrische symptomen al dan niet als gevolg of oorzaak van de verslaving. Zo besliste de vrederechter van Zomergem dat voor een persoon wiens vrije wil als gevolg van een drugsproblematiek en psychiatrische problematiek in het merendeel van de tijd is uitgeschakeld, een gedwongen opname ter observatie de enige oplossing is (Vred. Zomergem, *T.Vred.* 2010, 217, *RW* 2009-10, 760). Ook recent wetenschappelijk neurobiologisch onderzoek onderbouwt op consistente wijze de hypothese dat verslaving een ernstige, chronische medisch-psychiatrische aandoening is. (G. DOM en F. DE GROOT, "Verslaving en gedwongen opname" in G. BENOÎT *et al.* (eds), *De bescherming van de persoon van de geesteszieke*, Brugge, die Keure, 2010, 209).

Het volstaat niet dat de betrokkene ernstig mentaal ziek is. Zijn toestand moet ook tot gevolg hebben dat hetzij zowel zijn gezondheid als zijn veiligheid in gevaar is, hetzij dat deze toestand een bedreiging vormt voor derden.

### **3.2. DE VOORWAARDE 'GEVAARTOESTAND'**

Het gevaarscriterium is een situationeel en relationeel begrip. De afweging of er voldoende kans op ernstig onheil bestaat moet op grond van feitelijke omstandigheden van de concrete zaak door de rechter gebeuren. Er moet gevaar zijn voor het leven van de betrokkene of ernstige fysische gezondheidsschade. Het gevaar moet niet levensbedreigend zijn. Een potentieel gevaar volstaat. Er moet niet alleen rekening gehouden worden met de toestand op het moment zelf, maar ook met deze die zou volgen op het stopzetten van de behandeling.

Het begrip 'gevaar voor andermans leven' is allicht duidelijk.

Met integriteit wordt zowel de fysieke als de psychische en morele integriteit bedoeld, zoals bijvoorbeeld in geval van bedreigingen van psychologische aard. De bedreiging moet wel ernstig zijn, er moet een reëel risico zijn dat de bedreiging wordt of kan worden uitgevoerd. Ze moet nog niet tot uiting zijn

gekomen in materiële gedragingen. Bedreigingen aan het adres van een collectiviteit of de veiligheid van de staat voldoen niet volgens de wetgever.

De rechter zal in feite moeten oordelen of de kans op gevaar voldoende reëel is, zonder dat het gevaar zich reeds heeft voorgedaan. Preventief optreden is dus mogelijk.

### **3.3. DE VOORWAARDE 'GEEN ANDERE GESCHIKTE BEHANDELING'**

De maatregel van dwangopname in een instelling is subsidiair, en zodra de mogelijkheid bestaat om de geesteszieke ambulante te behandelen of te behandelen op vrijwillige basis dient men hieraan de voorkeur te geven. Dit geeft in de praktijk aanleiding tot delicate afwegingen. Het doet zich immers niet zelden voor dat de patiënt naar aanleiding van het eerste bezoek van de vrederechter in het kader van de observatie verklaart dat hij bereid is zich ambulante te laten behandelen. Dit laatste veronderstelt echter wel dat de patiënt wilsgeschikt is.

In geval van vrijwillige opname beschikt de betrokkene over de vrijheid om de instelling te verlaten wanneer hij dat wil, zelfs op tegenadvies van de behandelende geneesheer. De vraag is dan te weten of de patiënt dit voornemen tot behandeling op vrijwillige basis zal volhouden, dan wel of hij voortijdig de instelling zal verlaten of de ambulante behandeling zal stopzetten. Het is aan de rechter de standvastigheid van dit voornemen te beoordelen. Hij kan zich hierbij laten leiden door het gedrag van de patiënt, o.a. zijn gebrek aan therapietrouw in het verleden. Indien vaststaat dat de betrokkene zich vrijwillig wil laten opnemen, dan zijn de voorwaarden voor een gedwongen opname niet voorhanden.

Samengevat: er zijn drie voorwaarden die cumulatief aanwezig moeten zijn vooraleer de vrederechter tot de gedwongen opname van een patiënt kan overgaan of deze kan bevestigen: er is een ernstige geestesziekte vereist, deze levert een gevaarstoestand op, en de gedwongen opname moet de enige mogelijkheid zijn om de patiënt te kunnen behandelen.

## **4. BESCHERMINGSMAATREGELEN VOORZIEN IN DE WPG**

De wet voorziet in verscheidene maatregelen die onderscheiden moeten worden, omdat zij verschillen wat de procedure betreft. Het betreft de opname ter observatie, het verder verblijf, de verpleging in een gezin en de nazorg.

Tijdens het verder verblijf is ook de overbrenging naar een andere dienst mogelijk.

#### **4.1. DE OPNAME TER OBSERVATIE**

De opname ter observatie kan voor het Vlaamse landsgedeelte, enkel in een door de Vlaamse minister van Volksgezondheid erkende psychiatrische instelling. De observatie veronderstelt een voorafgaande beslissing van de vrederechter. In spoedeisende gevallen kan ook de procureur des Konings het initiatief nemen om iemand in observatie te plaatsen.

Deze beslissing moet echter binnen de tien dagen door de vrederechter worden bevestigd. Als er binnen deze termijn geen uitspraak is of als de maatregel door de vrederechter niet wordt bevestigd, dan wordt de observatie beëindigd, in het eerste geval na het verstrijken van 10 dagen na het verzoekschrift van de procureur des Konings, in het tweede geval, vanaf de uitspraak van de vrederechter.

De observatiemaatregel kan nooit langer dan 40 dagen duren. De observatietermijn van 40 dagen is een maximumtermijn. De termijn kan om technische redenen niet korter zijn dan 25 dagen, aangezien de vrederechter uitspraak zal doen binnen de tien dagen en de geneesheer vijftien dagen voor het verstrijken van de termijn een verslag moet opstellen met het oog op de verlenging van het verblijf.

De termijn vangt aan op de dag van de effectieve vrijheidsberoving. De dagen van vrijheidsberoving moeten gerekend worden in werkelijke dagen en uren. Als de zieke de instelling ontvlucht, dan wordt de termijn geschorst, zolang hij niet terug opgenomen is.

De instelling wordt gekozen door de procureur of door de vrederechter. De vrederechter is niet gebonden door de keuze van de procureur. De zieke kan niet zelf kiezen, terwijl de instelling verplicht is de gedwongen opname van de zieke te aanvaarden.

De observatie kan vervroegd eindigen, bijvoorbeeld als de procureur geen verzoekschrift neerlegt, als de vrederechter beslist dat verdere observatie niet nodig is, als de geneesheer-hoofd van dienst in een gemotiveerd verslag vaststelt dat verdere observatie niet meer nodig is. De beslissing wordt onmiddellijk ter kennis gebracht van de instelling, van de zieke, van de vrederechter, van de

---

procureur en desgevallend van de persoon die de observatie heeft gevraagd, al naargelang het geval.

Het is ook belangrijk te onderlijnen dat de geneesheer van de dienst onder zijn gezag en verantwoordelijkheid kan beslissen dat de patiënt de instelling mag verlaten voor beperkte tijd, al dan niet onder begeleiding. De patiënt dient zich te schikken naar de modaliteiten die door de geneesheer worden voorgesteld.

Bij internering is er een enigszins afwijkende procedure, om te beletten dat de geïnterneerde veroordeelde die ten gevolge van zijn geestesstoornis een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit, zou worden vrijgelaten. In het kader van dit bestek wordt hier nu niet verder ingegaan.

De observatieperiode kan niet verlengd worden, ook al werd er een kortere termijn dan 40 dagen opgelegd.

Er kan wel een aanvraag gedaan worden tot verder verblijf.

#### **4.2. DE MAATREGEL TOT VERDER VERBLIJF**

Het verder verblijf dient tijdig, dit is uiterlijk vijftien dagen voor het verstrijken van de termijn van de observatie, door de directeur van de instelling aangevraagd te worden; dus niet door de geneesheer.

Indien deze termijn niet wordt gerespecteerd, is het verzoek onontvankelijk, al is hierover betwisting in de rechtsleer. De vrederechter moet alleszins uitspraak kunnen doen alvorens de observatieperiode is verstreken, anders vervalt de maatregel.

Een maatregel tot verder verblijf kan maximaal 2 jaar opgelegd worden. De termijn vangt aan na het einde van de observatieperiode.

Uiterlijk vijftien dagen voor het verstrijken van de termijn van het verlengd verblijf, kan de directeur van de instelling opnieuw een verlenging van de termijn vragen. Dit kan zich herhalen zolang de patiënt medisch ongeschikt blijft en de voorwaarden voor de gedwongen opname vervuld blijven.

De vrederechter is niet bevoegd om bijvoorbeeld het verder verblijf af te wijzen mits modaliteiten op te leggen, zoals bijvoorbeeld het volgen van ambulante therapie.

### **4.3. DE VERPLEGING IN EEN GEZIN**

Naast de opname in een ziekenhuis, voorziet de WPG ook in de verpleging in een gezin als maatregel. Deze kan vergeleken worden met de vroegere en nu afgeschafte maatregel van *sekwestratie* ten huize. Deze maatregel kan enkel bij gewone procedure aangevraagd worden en moet vergezeld zijn van een omstandig medisch verslag op straffe van onontvankelijkheid.

De procedure verloopt ongeveer parallel met de procedure van opname in een ziekenhuis. Het gaat ook hier om een vrijheidsberoving met verplichte afzondering en bewaking. Deze maatregel kan enkel wanneer de toestand van de geesteszieke en de omstandigheden verpleging in een gezin toelaten.

Het begrip gezin moet ruim opgevat worden, in die zin dat ook gezinsvervangende tehuizen zoals bejaardentehuizen enz. ook in aanmerking komen.

De vrederechter moet een persoon aanduiden die de zieke moet bewaken en een geneesheer die hem moet behandelen. De geneesheer moet eenmaal per jaar een verslag overleggen aan de vrederechter waarin hij verklaart de vereiste verzorging te hebben verstrekt en waarin hij zijn advies geeft over de noodzaak om de maatregel al dan niet te handhaven. De arts die zijn plicht verzuimt is strafbaar.

De vrederechter bezoekt de zieke minstens éénmaal per jaar.

De maatregel neemt een einde, hetzij ambtshalve door de vrederechter, hetzij op verzoek van de zieke of van een belanghebbende, mits gestaafd door een geneeskundige verklaring. Herziening is mogelijk indien de maatregel niet naar behoren werkt.

In de praktijk blijkt dat de maatregel van verpleging in een gezin eerder onbestaand is, zodat hierop niet verder wordt ingegaan.

### **4.4. DE NAZORG**

Tijdens het verder verblijf kan de geneesheer op ieder ogenblik beslissen, mits het akkoord van de patiënt, om de behandeling voort te zetten buiten de instelling. Nazorg is enkel mogelijk wanneer de termijn voor het verder verblijf nog loopt.

---

De beslissing tot nazorg komt enkel aan de geneesheer-hoofd van dienst toe. Zelfs indien de vrederechter het verder verblijf motiveert door te verwijzen naar de noodzaak aan nazorg, is dit niet bindend voor de geneesheer. De beslissing van de geneesheer veronderstelt een geschreven en gemotiveerde beslissing. Er dient te worden bepaald onder welke voorwaarden de nazorg wordt ingevoerd, inzake verblijf, medische behandeling en maatschappelijke hulpverlening.

Dat verblijf kan in een afdeling zonder gesloten karakter zijn, een verblijf bij een privépersoon of zelfs bij de zieke thuis.

De zieke, de directeur en de vrederechter worden van de beslissing tot nazorg op de hoogte gebracht. Tijdens de nazorg blijft juridisch de maatregel van verder verblijf van kracht. Men spreekt daarom soms van gedwongen nazorg. Dit betekent dat de patiënt, indien hij de voorwaarden niet naleeft, zonder verdere procedure opnieuw opgenomen kan worden in de instelling door beslissing van de geneesheer-hoofd van dienst. Noch tegen de beslissing tot nazorg noch tegen de beslissing tot wederopneming is er verhaal mogelijk.

Tijdens de nazorg kan de geneesheer-hoofd van dienst ook beslissen de nazorg vervroegd stop te zetten zonder wederopname. Dan komt er een einde aan het verder verblijf. De nazorg eindigt uiterlijk na verloop van 1 jaar of bij het einde van het verder verblijf.

#### **4.5. DE OVERBRENGING NAAR EEN ANDERE PSYCHIATRISCHE DIENST**

Ten slotte kan de patiënt tijdens het verder verblijf ook worden overgebracht naar een andere psychiatrische dienst met het oog op een meer geschikte behandeling. In deze mogelijkheid is enkel voorzien bij het verder verblijf. Er bestaat dus betwisting over de vraag of de patiënt ook tijdens de observatie overgebracht mag worden naar een andere psychiatrische dienst. In deze modaliteit is niet expliciet voorzien in de wet ter bescherming van de persoon van de geesteszieke.

De beslissing tot overbrenging wordt genomen door de geneesheerhoofd van dienst. Hij dient zijn beslissing mee te delen aan de patiënt en dient erop te wijzen dat deze verzet kan doen. De vrederechter, de procureur en de directeur van de instelling worden op de hoogte gebracht.

Van belang is het te vermelden dat de advocaat van de patiënt zich ter zake zelfstandig kan opstellen en zich zelfs op eigen initiatief kan verzetten tegen

de wil van zijn cliënt in, ook al heeft deze laatste de overbrenging gevraagd en werd de vraag ingewilligd.

## **5. PROCEDURELE ASPECTEN**

### **5.1. DE OPNAME TER OBSERVATIE**

#### **5.1.1. DE PROCEDURE BIJ DRINGENDHEID**

De wet voorziet in twee mogelijkheden, enerzijds de gewone procedure, anderzijds de procedure bij dringendheid, ook spoedprocedure genaamd.

Hoewel dit niet de bedoeling van de wet is geweest, moeten we vaststellen dat de spoedprocedure in de praktijk de regel is geworden, en dat er veel minder zaken ingeleid worden als gewone procedures. Waarschijnlijk spelen hiervoor pragmatische redenen een rol. Het is immers niet altijd evident om in het bezit te komen van een medisch verslag. Sommige geneesheren staan hier weigerachtig tegenover. De zieke wil zich dikwijls ook niet onderwerpen aan een medisch onderzoek.

Ook om psychologische redenen en om de vertrouwensband met de zieke niet te schaden, is menige verzoeker van oordeel dat het verzoek beter uitgaat van de procureur des Konings.

De spoedprocedure kan enkel door de procureur des Konings worden opgestart. Voor minderjarigen is het de procureur des Konings van de bevoegde jeugdrechtbank, nu familie- en jeugdrechtbank. Dit gebeurt hetzij ambtshalve, meestal via contactname door de politie, en na schriftelijk advies van een geneesheer die door de procureur wordt gevorderd, hetzij op verzoek van een belanghebbende. De belanghebbende die zich tot de procureur wendt, moet zelf wel bij zijn verzoek een omstandig geneeskundig verslag voegen. Dit omstandig verslag moet het spoedeisend karakter van de maatregel aantonen.

Wanneer de procureur des Konings beslist om tot gedwongen opname ter observatie over te gaan na contactname door de politie, is het aangewezen dat de politie een proces-verbaal opstelt over de feiten die tot contactname met de procureur des Konings hebben geleid. Dit proces-verbaal kan dan bij het dossier gevoegd worden dat aan de vrederechter wordt overgemaakt. Deze wordt immers niet ingelicht over de feiten die aanleiding geven tot de opname, terwijl dit nochtans nuttig is om de situatie te beoordelen. Meestal is de betrokkene immers zelf niet in staat om hierover uitleg te geven.

---

Als hij wel in staat is om uitleg te geven, is de uitleg meestal gekleurd of stemt deze niet noodzakelijk overeen met de werkelijke toedracht der feiten. De geneesheer die aanwezig is bij het bezoek is meestal evenmin op de hoogte van de ware toedracht, die aanleiding gaf tot de opname.

De territoriaal bevoegde procureur wordt bepaald op basis van de verblijfplaats van de zieke op dat ogenblik. Artikel 9 WPG bepaalt immers “de procureur van de plaats waar de zieke zich bevindt.”

Dringendheid impliceert de noodzaak om eenzijdig zonder uitstel tussen te komen, omdat iedere andere oplossing niet mogelijk is zonder onomkeerbare schade voor de maatschappij en de zieke. Dit is bijvoorbeeld het geval bij ernstige bedreigingen ten aanzien van derden of bij dreiging met suicide.

Het belang van de politie als eerste filter dient hierbij benadrukt te worden. Het blijkt dat de politie in de stedelijke agglomeraties vlugger geneigd is een oplossing te zoeken in de richting van een gedwongen opname via de spoedprocedure. Het is dan ook van belang dat de politiemensen een goed inzicht hebben in de toepassingsvoorwaarden van de wet en de restrictieve interpretatie ervan, zo niet bestaat het gevaar dat de wet ter bescherming van de persoon van de geesteszieke oneigenlijk wordt gebruikt voor het dringend oplossen van problemen van sociale overlast. Uit het jaarverslag van de zorginspectie van 2013 blijkt dat in 38,56 % van de spoedprocedures geen rechterlijke bevestiging werd verkregen van de gedwongen maatregel. Dit kan erop wijzen dat er soms te vlug wordt aangenomen dat er aan de toepassingsvoorwaarden van de wet is voldaan.

De beslissing tot opname ter observatie moet schriftelijk gebeuren.

De beslissing wordt ter kennis gebracht van de directeur van de instelling waar de zieke wordt geplaatst. Het geschrift vermeldt de datum en het uur waarop de beslissing werd genomen en maakt deel uit van het rechtsplegingsdossier. Het is de directeur van de instelling die zal zorgen voor de effectieve overbrenging en opname in de instelling, al dan niet met politiebegeleiding.

De beslissing van de procureur wordt binnen de 24 uur ter kennis gebracht van de vrederechter. Overeenkomstig artikel 627, 68 Ger.W., dat in 1993 werd aangepast, is de rechter van de plaats waar de zieke verzorgd wordt of geplaatst is, territoriaal bevoegd, of bij gebreke daaraan de rechter waar de zieke zich bevindt. Artikel 9 van de wet ter bescherming van de persoon van de geesteszieke werd niet aangepast, maar er wordt aanvaard dat dit artikel stilzwijgend werd



afgeschafd. Binnen dezelfde termijn van 24 uur legt de procureur een origineel verzoekschrift neer op de griffie van het vredegerecht. Gebeurt dit niet of niet binnen de termijn dan vervalt de maatregel en is er geen juridische basis meer om de geplaatste persoon nog gedwongen op te nemen in de psychiatrische instelling. M.a.w. de betrokkene kan de instelling onmiddellijk verlaten als een vrij man of vrouw.

Er doet zich een probleem voor wanneer de procureur beslist tot opname van een persoon op een vrijdagavond of een zaterdag.

Vrijdag na 16 uur is de griffie immers gesloten. Het Hof van Cassatie heeft de betwisting beslecht. In een arrest van 7 mei 2007 stelde het Hof dat uit de aard van de maatregel en de noodzaak de geesteszieke zelf te beschermen of de veiligheid van derden te verzekeren wordt de vervaldag overeenkomstig de artikelen 2 en 53 tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek, verplaatst op de eerstvolgende werkdag. De omstandigheid dat de termijn door de WPG in uren wordt uitgedrukt, doet hieraan geen afbreuk.

De procureur moet zijn beslissing en zijn verzoekschrift ook binnen de 24 uur ter kennis van de zieke persoon zelf of van zijn wettelijke vertegenwoordiger brengen, aan de persoon bij wie de zieke verblijft en in voorkomend geval aan de belanghebbende die zich tot de procureur wendde.

De procureur dient bij zijn verzoekschrift ook een geneeskundig verslag te voegen. Het advies dat hem eventueel werd overgemaakt, kan hij dus niet gebruiken. In de praktijk wordt dit opgelost doordat de procureur zich vanaf het begin een geneeskundig verslag zal laten verschaffen.

Er is ook een betwisting omtrent de vraag of de procedure eenzijdig dan wel op tegenspraak is. Bepaalde bepalingen wijzen op het eenzijdige karakter, terwijl andere dan weer wijzen op het tegensprekelijk karakter van de procedure. Er dient dan ook te worden besloten dat het een *sui generis* procedure betreft.

De vrederechter die het verzoekschrift ontvangt moet nagaan of hij territoriaal bevoegd is, zo niet dient hij de zaak te verwijzen naar zijn bevoegde collega binnen de 24 uur. Artikel 660 Ger.W. is van toepassing in die zin dat de vrederechter aan wie de zaak verzonden werd, zijn bevoegdheid niet meer kan afwijzen. Of er dan een nieuwe termijn van 10 dagen begint te lopen is voorwerp van discussie. Er kan evenwel moeilijk aanvaard worden dat de persoon die gedwongen werd opgenomen het slachtoffer is van een verkeerde keuze van de verzoeker.

---

Als de vrederechter bij nazicht van het dossier vaststelt dat de vraag van de procureur kennelijk nietig is of niet-ontvankelijk, dient hij de nietigheid of onontvankelijkheid uit te spreken binnen de 24 uur.

Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer het medisch verslag niet beantwoordt aan de formele vereisten, of de termijn van 24 uur voor het neerleggen van het verzoekschrift niet werd nageleefd door de procureur. Het vonnis dat de kennelijke nietigheid of onontvankelijkheid vaststelt wordt bij gerechtsbrief overgemaakt aan de procureur en de geplaatste persoon. De procureur zal de directeur van de instelling inlichten, aangezien hem slechts kennis wordt gegeven indien het verzoekschrift tot observatie wordt ingewilligd.

Indien de vrederechter vaststelt dat hij bevoegd is en de vordering ontvankelijk is, verzoekt hij de stafhouder van de Orde van Advocaten, maar in de praktijk is dat het bureau voor juridische bijstand, om ambtshalve een advocaat aan te wijzen die de geplaatste persoon zal bijstaan tijdens de verdere procedure. De advocaat is verplicht om bijstand te verlenen. Als hij verwittigd werd, maar niet optreedt en zijn afwezigheid niet gerechtvaardigd kan worden, kan hem een disciplinaire sanctie worden opgelegd door de Raad van Orde. De aangestelde advocaat heeft toegang tot het dossier en zal de betrokkene bijstaan tijdens de hele procedure, ook in geval van hoger beroep. Hij kan overigens op eigen initiatief beroep instellen. De geesteszieke die het voorwerp heeft uitgemaakt van een maatregel tot observatie, waarin voorzien is in de wet van 26 juni 1990, wordt behoudens tegenbewijs beschouwd als een persoon wiens inkomsten onvoldoende zijn, en zal bijgevolg aanspraak kunnen maken op de kosteloze bijstand van een advocaat.

De procedure kan niet worden verdergezet zonder de aanwezigheid van de raadsman.

Binnen de 24 uur na de indiening van het verzoekschrift bepaalt de vrederechter de dag en het uur van zijn bezoek aan de persoon in de instelling. Deze termijn is niet voorgeschreven op straffe van verval. In dezelfde beschikking wordt de plaats, dag en uur bepaald van de zitting in raadkamer. In dezelfde beschikking kan de vrederechter een geneesheer-psychiater aanduiden, indien dit nodig geoordeeld wordt. Sommige vrederechters stellen bijna systematisch een geneesheer-psychiater aan die dan optreedt als een soort deskundige van de vrederechter.

De griffier moet binnen dezelfde termijn aan de opgenomen persoon kennisgeven van het verzoekschrift, maar niet van het medisch verslag. Deze

gerechtsbrief bevat voor de zieke heel wat belangrijke informatie, aangezien niet alleen informatie over de dag, plaats en uur van het bezoek van de vrederechter en de daaropvolgende zitting wordt verstrekt, maar ook de naam en het adres van de raadsman die hem toegewezen werd, en de mededeling dat het hem vrijstaat zelf een raadsman te kiezen, zowel een geneesheer-psychiater als een vertrouwenspersoon. Tegelijkertijd worden de betrokkene, zijn wettelijke vertegenwoordiger en de verzoeker (dus de procureur) opgeroepen om aanwezig te zijn. De griffier verwittigt bij gewone brief ook de aangeduide advocaat, in voorkomend geval de door de vrederechter aangeduide geneesheer-psychiater en indien de griffier hiervan kennis kreeg, ook de persoonlijke raadsman en de vertrouwenspersoon. De wetgever vermeldt niets over de directeur van de instelling of de geneesheer-hoofd van dienst, maar alleen al om praktische redenen zullen deze ook op de hoogte worden gesteld. De vrederechter zal immers de behandelende geneesheer van de dienst wensen te spreken tijdens het bezoek.

De vrederechter begeeft zich dan ter plaatse naar de instelling samen met de griffier, zoals dat gewenst wordt door de wetgever, tenzij de betrokkene de instelling ondertussen ontvlucht is. Als de betrokkene inmiddels in vrijheid werd gesteld op initiatief van de procureur of van de geneesheer, is de vordering zonder voorwerp en dient de vrederechter zich uiteraard niet meer ter plaatse te begeven.

De betrokkene wordt dan gehoord in het bijzijn van zijn advocaat in raadkamer. De vrederechter kan eenieder horen die hij dienstig acht, ook de vertrouwenspersoon, maar dit is geen verplichting.

De vrederechter bepaalt soeverein de wijze waarop het bezoek aan de zieke verloopt en meer bepaald of hij bepaalde personen zal horen, al dan niet in aanwezigheid van de te beschermen persoon, uiteraard met respect voor zijn rechten. De raadsman zal in ieder geval aanwezig blijven. De verzoeker kan, maar moet niet worden toegelaten bij het onderhoud tussen de vrederechter en de te beschrijven persoon. De verzoeker wordt wel gehoord bij de behandeling van de zaak na het bezoek. Alhoewel hierin niet uitdrukkelijk voorzien is in de wet wordt er van het bezoek een proces-verbaal opgemaakt door de griffier. Uit dit proces-verbaal zal onder meer blijken dat de betrokkene werd bijgestaan door een advocaat en wordt er bondig nota genomen van de afgelegde verklaringen. Het proces-verbaal maakt deel uit van het rechtsplegingsdossier en is nuttig, o.a. in geval van hoger beroep.

---

Indien de betrokkene weigert te verschijnen wordt hiervan nota genomen. Het feit dat de betrokkene zich in de isoleercel bevindt, is geen reden om hem niet te bezoeken. Desnoods gaat het bezoek door in de isoleercel met de nodige veiligheidsmaatregelen.

Na het bezoek, volgt de behandeling van de zaak. Partijen worden gehoord in raadkamer, tenzij de advocaat of de betrokkene wenst dat de behandeling in openbare zitting gebeurt. In dat geval wordt de zaak op het vredegerecht behandeld vermits ter plaatse geen openbare zitting mag worden gehouden. De aanwezigheid van de procureur kan vermits hij de verzoeker is en de behandeling tegensprekelijk gebeurt. Zijn aanwezigheid is niet verplicht voor de regelmatigheid van de procedure. In de praktijk is de procureur zelden of nooit aanwezig, hetgeen soms weleens wordt betreurd door de vrederechter en bekritiseerd door de advocaten.

Het gebeurt ook dat de zieke niet wenst te verschijnen. In dat geval zal zijn advocaat hem slechts kunnen vertegenwoordigen indien hij hiertoe opdracht en mandaat heeft gekregen, zo niet is er sprake van verstek. Dit geldt ook wanneer de betrokkene de instelling is ontvlucht. Tegen dit verstekvonnis is er geen verzet mogelijk noch door de procureur, noch door de geesteszieke.

Nadat alle betrokken partijen gehoord zijn en de vrederechter van mening is dat hij alle nodige of mogelijke inlichtingen heeft gekregen om een oordeel te vormen wordt de zaak in beraad genomen.

Het vonnis wordt uitgesproken in openbare terechtzitting, dus op de zetel van het vredegerecht. Het vonnis mag worden uitgesproken op een buitengewone zitting. Indien nodig zelfs op een zaterdag, zondag of feestdag. Alleszins dient de uitspraak gedaan te worden binnen de tien dagen na het verzoekschrift. De termijn vangt aan de dag na de neerlegging ter griffie en wordt verlengd wanneer hij eindigt op een zaterdag, zondag of wettelijke feestdag. Het vonnis moet omstandig gemotiveerd zijn en er moet worden nagegaan of er aan de voorwaarden van de WPG is voldaan.

Wanneer de termijn overschreden wordt, vervalt de maatregel.

Maar volgens sommige rechtsleer en rechtspraak is de procedure niet nietig of vervallen. Beslist de vrederechter tot observatie nadat de zieke persoon de instelling heeft verlaten, dan dient het vonnis toch nog te worden uitgevoerd, ook in geval van beroep tegen het vonnis. De zieke moet dan opnieuw op initiatief van de procureur des Konings worden opgenomen. Anderen stellen naar

analogie met de wet op de voorlopige hechtenis dat er geen titel meer is voor verdere vrijheidsberoving.

De procureur des Konings kan zijn maatregel tot plaatsing intrekken zolang er geen uitspraak is van de vrederechter. Tegen deze beslissing is geen beroep mogelijk. Ook de geneesheer-diensthooft kan de observatie beëindigen vooraleer er een beslissing is van de vrederechter. In dat geval is de vordering zonder voorwerp.

De vrederechter kan enkel het verzoek tot observatie inwilligen of afwijzen. Hij kan geen therapeutische voorwaarden opleggen, noch aan de behandelende geneesheer, noch aan de zieke.

De vrederechter bepaalt de termijn van de observatie die maximum 40 dagen bedraagt en die een aanvang neemt vanaf de opname in de instelling en de inschrijving in het register. De vrederechter bepaalt ook de instelling waar de patiënt moet worden opgenomen. De vrederechter kan daarbij rekening houden met sociale omstandigheden in overleg met de behandelende geneesheer. De geesteszieke persoon heeft recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening. De psychiatrische dienst is ook gebonden door de keuze van de vrederechter en heeft niet het recht de opname te weigeren of deze door te verwijzen naar een andere instelling. In de praktijk wordt desbetreffend wel overlegd met de instelling waar de zieke verblijft en deze waarnaar hij het best wordt doorverwezen.

De griffier geeft kennis aan de partijen van het vonnis binnen de drie dagen na de uitspraak bij gerechtsbrief. De procureur is ook partij in deze procedure. Ook de directeur van de instelling waar de observatie zal plaatsvinden, ontvangt het vonnis bij gerechtsbrief. In de praktijk wordt de uitspraak tevens per fax overgemaakt op de dag van de uitspraak aan de procureur en de instelling. Ook wordt best de instelling verwittigd waar de zieke verblijft, indien in het vonnis een andere instelling wordt aangewezen. De directeur dient de datum en het uur van de tenuitvoerlegging van de maatregel mee te delen aan de vrederechter van de plaats van de instelling, aan de procureur en aan de geneesheren-inspecteurs-psychiaters. Het vonnis is uitvoerbaar bij voorraad (behalve inzake geïnterneerden).

In dat geval kan het dossier ook al conform art. 35 WPG aan de vrederechter van de plaats waar de zieke opgenomen is worden overgezonden.

Er kan geen verzet worden aangetekend, wel hoger beroep binnen de vijftien dagen van de kennisgeving, zowel door de zieke, zijn wettelijke vertegenwoor-

---

diger als door zijn advocaat. Deze kan dit zelfs doen tegen de wil in van zijn cliënt. Ook de procureur des Konings kan beroep aantekenen. De derde belanghebbende die het verzoek tot opname aan de procureur gericht heeft, is geen partij in de zaak en hij kan dus niet in beroep gaan. Indien de vrederechter ondertussen het verzoek tot verder verblijf heeft afgewezen, is het beroep tegen de beslissing tot observatie zonder voorwerp geworden.

Andersom indien de rechtbank van eerste aanleg de beslissing van de vrederechter hervormt en beslist dat de observatie onterecht was of niet meer terecht is, dan wordt de betrokken persoon in vrijheid gesteld. Als ondertussen het verder verblijf werd uitgesproken door de vrederechter, dan zal deze beslissing ophouden gevolg te hebben vanaf de uitspraak in hoger beroep.

Tegen het vonnis van de rechtbank van eerste aanleg kan cassatieberoep aangekend worden. Dit cassatieberoep is niet schorsend en het verzoek moet ondertekend worden door een advocaat bij het

Hof van Cassatie, vermits de wet ter bescherming van de persoon van de geesteszieke niet afwijkt van artikel 1080 Ger.W.

### **5.1.2. DE GEWONE PROCEDURE**

Volgens de wet kan iedere belanghebbende het initiatief hiertoe nemen, met uitzondering van de personen met een uitsluitend financieel belang. Een derde belanghebbende kan niet vrijwillig tussenkomen in de procedure, vermits het verzoek tot observatie strekt tot bescherming van de geesteszieke persoon en niet tot de veroordeling van een partij. Als de behandelende geneesheer het verzoekschrift neerlegt, kan hij de omstandige geneeskundige verklaring niet meer zelf opstellen en ondertekenen. Als belanghebbende kunnen nog worden beschouwd, familieleden, de procureur, de burgemeester, of andere publieke instellingen. Ook mensen uit de naaste omgeving van de betrokkene, zoals partner, burens, vrienden mensen uit de sociale sector, straathoekwerkers e.d.m. Het verzoekschrift wordt overgemaakt aan de betrokkene, dit kan soms aanleiding geven tot problemen in de verdere relatie met de betrokkene.

Het verzoekschrift moet schriftelijk opgesteld worden en moet op straffe van nietigheid een aantal gegevens bevatten, die opgesomd worden in artikel 5, § 1 WPG. Als de nietigheid wordt ingeroepen, moet men overeenkomstig artikel 861 Ger.W. aantonen dat de belangen van degene die zich op de nietigheid beroept, geschaad zijn. Dit geldt echter niet voor het gebrek aan handtekening.

Er is geen rolrecht verschuldigd. Ook de verplaatsingskosten van de vrederechter moeten niet voorgeschoten worden.

Bij het verzoekschrift moet op straffe van niet-ontvankelijkheid een omstandige geneeskundige verklaring worden gevoegd.

De feitelijke verblijfplaats op het ogenblik van het neerleggen van het verzoekschrift geldt als territoriaal bevoegdheidscriterium (art. 627, 68 Ger.W. met een speciale regeling voor het arrondissement Eupen, waar de vrederechter buiten de grenzen van zijn kanton mag optreden). Ook hier moet de vrederechter nagaan of hij territoriaal bevoegd is en of de vordering kennelijk nietig is of niet-ontvankelijk. Als hij onbevoegd is, moet hij binnen de 24 uur na de indiening de vordering verwijzen naar de volgens hem bevoegde vrederechter. Als de vordering kennelijk nietig of niet-ontvankelijk is, moet hij eveneens binnen de 24 uur desbetreffend uitspraak doen.

Ook hier weer verzoekt de vrederechter de stafhouder van de Orde van Advocaten of het bureau van juridische bijstand om ambtshalve een advocaat aan te wijzen.

Binnen de 24 uur moet het verzoekschrift bij gerechtsbrief worden overgemaakt aan de zieke en zijn wettelijke vertegenwoordiger samen met de dagbepaling. Als de termijn van 24 uur niet gerespecteerd wordt, heeft dit in deze procedure minder gevolgen dan in de spoedprocedure, vermits de zieke niet gedwongen is opgenomen, zodat aangenomen mag worden dat hij bezwaarlijk in zijn belangen geschaad kan zijn. De vrederechter kan ambtshalve bevelen dat de kennisgeving bij gerechtsbrief wordt vervangen door een gerechtsdeurwaarder die hij aanwijst.

De verdere afhandeling van de procedure is gelijklopend met deze in het kader van de procedure bij dringendheid. Er zijn enkele verschillen, omdat de procureur in deze procedure geen partij is, en de zieke in afwachting van de uitspraak van de vrederechter nog niet gedwongen opgenomen is ter observatie.

Het bezoek vindt meestal plaats hetzij op het vredegerecht, hetzij in de verblijfplaats of woonplaats van de betrokkene. Soms is dat problematisch, omdat de betrokkene de woning kan verlaten of zich agressief kan opstellen of de vrederechter niet binnenlaat. Wanneer de betrokkene bekend staat als een agressief persoon en voorzien wordt dat er een gevaarlijke situatie kan ontstaan, wordt in de praktijk contact opgenomen met de politie en om politiebegeleiding ge-

---

vraagd. Als er zich dergelijke moeilijkheden voordoen wordt dit vermeld in het proces-verbaal.

De afwezigheid van de zieke kan de verdere rechtsgang niet verhinderen. De advocaat kan zijn cliënt vertegenwoordigen als hij hiertoe mandaat heeft gekregen. Zo niet, is de procedure bij verstek.

Het vonnis, dat ook binnen de 10 dagen uitgesproken moet worden, wordt overgemaakt aan de partijen, maar ook aan de procureur, die geen partij is. Het behoort immers tot zijn wettelijke opdracht om het vonnis uit te voeren. In de praktijk begeeft de te beschermen persoon zichzelf naar de instelling op een afgesproken tijdstip.

Indien hij dit weigert, wordt hij opgehaald door de dienst 100 en politie. Er is beroep mogelijk tegen de beslissing tot observatie door de partijen, niet door de procureur, tenzij het verzoek van hem uitgaat.

De sanctie die bij de spoedprocedure van toepassing is, nl. het verval van de maatregel indien het vonnis niet binnen de 10 dagen uitgesproken wordt, heeft hier geen zin, vermits de betrokkene niet onder dwang is opgenomen.

## **5.2. DE MAATREGEL VAN VERDER VERBLIJF**

Zoals hiervoor reeds uiteengezet, moet de maatregel van verder verblijf aangevraagd worden uiterlijk 15 dagen voor het verstrijken van de observatie periode. Het valt hierbij op dat het de directeur van de instelling is die het verzoek moet indienen.

Het verzoek dient vergezeld te worden van een omstandig verslag van de geneesheer-diensthoud, waarin de noodzaak van een verder verblijf wordt gemotiveerd. In het verslag wordt eveneens rekening gehouden met de sociale aspecten van het verder verblijf.

Het verslag wordt niet overgemaakt aan de zieke.

Tijdens het verlengd verblijf, kan de zieke ook weer onder de verantwoordelijkheid van de geneesheer de instelling voor beperkte tijd verlaten al dan niet onder begeleiding. Bijvoorbeeld is het mogelijk dat de zieke slechts 's nachts en deeltijds in de instelling verblijft en deeltijds beroepsarbeid verricht.

Er kan ook een vroegtijdig einde aan de maatregel gesteld worden.



De geneesheer-diensthooft kan op eigen initiatief of op verzoek van een belanghebbende beslissen om een einde te stellen aan het verlengd verblijf, op basis van een gemotiveerd verslag. Dit verslag wordt overgemaakt aan de zieke, de procureur en de directeur die het ter kennis brengt van de vrederechter. Deze mogelijkheid bestaat niet t.a.v. de geïnterneerde veroordeelde. De persoon die de observatie aanvroeg, en alleen deze kan zich verzetten tegen deze beslissing, door binnen de vijf dagen na de verzending van de brief door de directeur verzet aan te tekenen bij de vrederechter waar de zieke zich ondertussen bevindt. Het verzet is niet schorsend.

Ook de vrederechter kan op de beslissing tot verder verblijf terugkomen, mits de beslissing in kracht van gewijsde is. Hij kan dat ambtshalve, maar ook op verzoek van de zieke of van een belanghebbende, maar dan moet er een geneeskundige verklaring bij het verzoek gevoegd zijn. Aangezien het een procedure op tegenspraak betreft, moet er ambtshalve een raadsman aangesteld worden.

## **6. DE ROL VAN DE VREDERECHTER**

Uit hetgeen voorafgaat, blijkt dat de vrederechter bij de gedwongen opname, naast de andere betrokken personen, een cruciale rol speelt. Hij beslist immers of de patiënt al dan niet onder dwang opgenomen wordt of blijft.

Hij is bij deze rol gebonden aan de wet en moet nagaan of de drie toepassingsvoorwaarden van de wet cumulatief aanwezig zijn. Wat het criterium van de geestesziekte betreft, zal hij zich steunen op een omstandig medisch verslag, maar daarnaast zal hij tevens rekening houden met andere factoren. Hij kan also juridisch beslissen dat iemand niet ernstig geestesziek is, ook al zou dit in de medische wereld wel als dusdanig beschouwd worden. Andersom kan de vrederechter ook juridisch beslissen dat een persoon wel ernstig geestesziek is, daar waar er volgens de medische wereld geen sprake is van een ernstige geestesziekte. Verder zal hij het gevaarscriterium beoordelen en bekijken of er mogelijk een geschikt alternatief is voor de gedwongen opname. Hij zal evenwel zijn beslissing moeten motiveren en vaststellen dat er aan de voorwaarden om tot dwangopname over te gaan, is voldaan. Er is bovendien ook beroep tegen zijn beslissing mogelijk.

Maar dit rechterlijk toezicht op de vrijheidsberoving is dan meteen ook zijn enige rol in de gedwongen opname.

---

De vrederechter heeft geen zeggenschap over de manier waarop de patiënt zal worden behandeld, noch of er een verzoek tot verlenging van de dwangopname ingediend zal worden. Hij beslist evenmin of er een nazorgcontract zal worden ingesteld, noch of er een overbrenging van de patiënt naar een andere dienst of instelling zal gebeuren.

Dit behoort niet tot zijn bevoegdheid.

Als de procureur des Konings na een eerdere beslissing tot gedwongen opname zijn beslissing intrekt vooraleer zij bevestigd is door de vrederechter, kan de vrederechter enkel vaststellen dat het verzoekschrift, indien neergelegd, zonder voorwerp is geworden. Dit is ook het geval wanneer de geneesheer-hoofd van dienst de patiënt in vrijheid gesteld heeft vooraleer een beslissing door de vrederechter is genomen.

De vrijheidsberoving is immers de uitzondering en enkel deze is aan rechterlijk toezicht onderworpen.