De nieuwe interneringswet: enkele kanttekeningen

Max Vandenbroucke *

In deze bijdrage onderzoekt psychiater Max Vandenbroucke welke veranderingen de nieuwe interneringswet zal meebrengen in de praktijk. Aan de hand van enkele eenvoudige voorbeelden legt de auteur alvast enkele pijnpunten bloot.

Algemene bemerkingen

1. De wet van 21 april 2007 in verhouding tot de wet ter bescherming van de maatschappij (1930, 1964)

De wet van 21 april 2007 heeft de actoren op het terrein in twee kampen verdeeld: degenen die de wet ter bescherming van de maatschappij een goede en werkbare wet vinden, en zij die van oordeel zijn dat deze wet dringend diende herdacht en herschreven te worden.
De eersten wijzen erop dat de commissies ter bescherming van de maatschappij (C.B.M.), mede door hun mogelijkheden om soepel en kort op de bal te kunnen spelen, structuur aan een behandeling en een persoon kunnen geven. Zowel op het vlak van de veiligheid van de maatschappij als op het vlak van de zorg voor de geïnterneerden kan de C.B.M. exemplarisch werken: de casuïstiek toont dit aan. Toch kan niet ontkend worden dat de C.B.M. vaak gefunctioneerd hebben als een sociaal repressief netwerk' Dit kon het best verholpen worden door het herdenken van de kwetsbare rechtspositie van de geïnterneerde.
De tweede groep vindt daarentegen dat professionaliseren noodzakelijk geworden is en dat de commissies als raad van filantrope ouderen hun beste tijd gehad hebben. Hierbij wordt wel vlug voorbijgegaan aan het feit dat een onervaren assessor nauwelijks kan opwegen tegen een ervaren en geëngageerd emeritus-magistraat. Therapeutische soepelheid, zoals bijvoorbeeld een time-out van twee weken van een geïnterneerde van een kliniek in een gevangenis zonder veel procedures, wordt door de tweede groep vlug « bricolage » genoemd.
De wet van 21 april 2007 met haar rechtsregels biedt hierop een antwoord, maar wat « bricolage » genoemd werd, is ook altijd bemiddeld door politie en magistraten die in onze maatschappij de wet vertegenwoordigen.

2. Van commissie ter bescherming van de maatschappij tot strafuitvoeringsrechtbank

De lotgevallen van een geïnterneerde zullen in de toekomst niet meer opgevolgd worden door een commissie, maar door een strafuitvoeringsrechtbank. De begrippen « STRAF » en « RECHTBANK » worden het kader voor de evaluatie van de geïnterneerde, daar waar altijd gesteld werd dat de logica van de straf anders is dan de logica van de « défense sociale » voor de geïnterneerden. Vanuit dit standpunt is er overigens altijd kritiek geweest op het feit dat er voor de geïnterneerden te Merksplas en te Turnhout geen « eigen sociale ruimte » is maar een integratie in een strafgevangenis.

In de strafuitvoeringsrechtbank voor de geïnterneerden zal er in de toekomst geen psychiater meer zetelen, die nochtans in de C.B.M. altijd een belangrijke actor geweest is. Nochtans is al wie op het terrein betrokken is bij de werking met geïnterneerden van oordeel dat bij de evaluatie en oriëntatie van de geïnterneerden, op vlak van de beslissingen, de stem van de psychiater waardevol is. Het ontbreken van een psychiater in de strafuitvoeringsrechtbank stuit dan ook op heel wat kritiek en onbegrip.

3. Een nieuwe definitie van de « geestesstoornis »

De nieuwe wet weerhoudt « geestesstoornis » als grond voor de internering. Dit nieuwe concept vervangt de concepten van de wet van 1930 – 1964: krankzinnigheid, ernstige staat van geestesstoornis, zwakzinnigheid. De nieuwe term wordt verduidelijkt in de Memorie van Toelichting. De geestesstoornis moet « ernstig » en « aanhoudend » zijn, er moet een causaal verband zijn tussen de begane feiten en de geestesstoornis – een schizofreen kan een diefstal plegen waarvoor hij verantwoordelijk kan gesteld worden – en de gevaarlijkheid moet kunnen weerhouden worden.

Dit concept is duidelijk en geeft tezelfdertijd voldoende vrijheid om passend te kunnen werken. Indien er van de D.S.M. – een internationaal aanvaard classificatiesysteem – zou vertrokken worden, zouden er naast enkele oplossingen veel nieuwe problemen bijkomen.

Na deze conceptuele analyse blijven enkele vragen onbeantwoord.

* *Max Vandenbroucke is geneesheer-directeur psycho-sociale dienst, directoraat-generaal uitvoering van Straffen en Maatregelen, F.O.D. Justitie.*

3.1. De vraag naar de toerekenbaarheid

Het strafrecht vertrekt van oudsher van de toerekenbaarheid. Dit concept roept verantwoordelijkheid, vrijheid en determinatie op en is het voorwerp van filosofische, theologische, juridische en biologische analyse. Het is een kwalitatief begrip, dat in feite niet te kwalificeren is. Ten gronde kan de psychiater de vraag van de magistraat niet beantwoorden. De toerekenbaarheid kan niet vertaald worden in een eenvoudig ja of neen. Toch wordt in de praktijk de vraag beantwoord: het kan niet anders, het is immers een grondconcept in het recht. Daarom moeten we er rekening mee houden dat ons antwoord niet willekeurig maar relatief is, een kwalitatieve appreciatie, waarbij de toerekenbaarheidsexpertise wordt uitgebouwd tot een persoonlijkheidsexpertise. Als we toch inhoud geven aan het concept, mogen wij zelfs stellen dat toerekenbaarheid, verantwoordelijkheid bij iedereen leeft, ook bij de zwaksten, zij het dan op een verschillende wijze. In feite weten wetsovertreders wat zij doen, tenzij enkele extreem verwarden, maar die plegen zelden een delict. In wezen gaat het niet over een pathologie van het oordeel, maar over een pathologie van het verlangen. Er moet dus een afweging gemaakt worden tussen een diagnostische appreciatie en een sociale strategie: wat is de beste oplossing voor het conflict dat ontstaan is tussen de maatschappij en het individu: strafrecht of psychiatrie?

3.2. De genealogie van de concepten

Bij de onafhankelijkheid van België in 1830 was het grondconcept "in staat van krankzinnigheid", verwijzend naar de Franse strafwetboeken (1808, Code d'instruction criminelle, 1810 Code pénal). Met de wet van 1930 zijn er twee categorieën bijgekomen: "de staat van zwakzinnigheid", en "de ernstige staat van geestesstoornis".
Er kunnen vragen gesteld worden bij de categorie van de "zwakzinnigheid". Een zwakzinnige zal wellicht nooit een delict begaan louter tengevolge van zijn zwakzinnigheid. Als hij een delict begaat, zal het meestal gaan om een agressieve en/of seksuele pathologie waardoor hij ook onder de categorie van een ernstige staat van geestesstoornis kan vallen.
Het is vooral de categorie « in een ernstige staat van geestesstoornis » die onze aandacht vraagt en inhoudelijk nog steeds actueel blijft.
In 1930 wilde de wetgever de internering niet beperken tot « krankzinnigheid » (psychotici –schizofrenen, paranoïde stoornissen, schizo-affectieve stoornissen, manisch-depressieve psychose– en bepaalde psychoorganische problemen), maar koos ervoor het toepassingsgebied uit te breiden tot « ingewikkelde, problematische persoonlijkheden ». Het gaat om personen met normale- en abnormale kenmerken, personen die psychopathie kunnen oproepen, persoonlijkheidsstoornissen (antisociaal- , borderline-, narcistische-), dubbel-diagnose en mengbeelden (psychopathisch- en antisociaal reageren, psychotisch reageren, seksuele identiteits en- gedragsproblemen), seksueel deviante en- delinquente handelingen bij normaal lijkende personen. In feite komen wij deze « mengbeelden » veel meer tegen in een penitentiair- dan in een psychiatrisch midden. Aan deze groep werd gedacht bij de uitbreiding naar « een ernstige staat van geestesstoornis » zowel vanuit diagnostische appreciatie als vanuit sociale strategie.

Als we nu de geïnterneerden evalueren met diagnostische profielen dan kunnen deze profielen geïntegreerd worden in drie categorieën, met deze nuance dat een dergelijke benadering met de nieuwe wet een historisch perspectief wordt, maar met een actuele problematiek:

1. staat van zwakzinnigheid: de pathologie van de intellectuele mogelijkheden
2. staat van krankzinnigheid: de psychotici
3. ernstige staat van geestesstoornis: persoonlijkheidsstoornissen, de mengbeelden, de beelden, welke psychopathie oproepen.

Bij deze drie groepen vinden we seksuele delinquenten en problematische druggebruikers.

Verder moet bij de geïnterneerden nog een onderscheid gemaakt worden tussen « maatschappelijke overlast » en « gevaarlijk individu ».

Dit onderscheid heeft wel zijn belang: bij de geïnterneerden zijn er heel wat marginalen die op, buiten en binnen de grens leven.
Met de nieuwe wet kan men enkel overgaan tot « vrij op proef » als men voorbereidende modaliteiten als bijvoorbeeld elektronisch toezicht en beperkte detentie doorlopen heeft.
De vraag stelt zich of deze geïnterneerde marginalen wel de meest geschikte kandidaten zijn voor deze modaliteiten.

3.3. « de ernstige staat van geestesstoornis » en de toerekenbaarheid

Ook met de nieuwe wet blijft zich de vraag stellen: wat moeten wij doen met al « deze mengbeelden, dubbeldiagnoses, psychopaten, persoonlijkheidsstoornissen, seksuele devianten »: interneren of veroordelen ?
In het Noorden van ons land zijn er veel persoonlijkheidsstoornissen en psychopaten in de internering en er wordt gezucht. In het Zuiden komen wij ze vaak tegen in de gevangenis en er wordt gezucht.

Bepaalde psychiaters zijn van oordeel dat persoonlijkheidsstoornissen en psychopaten eerder thuis horen

in het strafrecht en in de gevangenis. Men mag niet uit het oog verliezen dat bij een voorstel tot internering de criteria van de psychiater, welke niet willekeurig, maar relatief zijn, vaak beslissend zijn. Hierbij wordt wel vergeten dat, ofschoon psychopathologie toch wel losgekoppeld moet worden van de toerekenbaarheid, persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie nog altijd hoofdstukken zijn van een handboek van psychiatrie en psychopathologie.
Zelf ben ik van oordeel dat er geen algemene regels kunnen gegeven worden: ieder geval is singulier en moet onderzocht worden op zijn wetmatigheden, op zijn rode draad. Bepaalde « mengbeelden » kunnen voorgesteld worden voor de internering, andere voor het strafrecht. Hierbij wordt nogmaals het belang van de psychiatrische expertise aangetoond. Deze expertise is een hoeksteen binnen veel forensische wegen en, op een deskundige wijze uitgevoerd, zouden veel problemen in de gerechtelijke loopbaan van de betrokken wetsovertreder kunnen vermeden worden:

- bij de beoordeling van de rechtbank
- bij de voorbereiding van een voorlopige- of voorwaardelijke invrijheidsstelling van een veroordeelde of van een invrijheidsstelling op proef van geïnterneerden als een belangrijke bron van de medico-psychosociale expertise hierbij
- als een voorlichtingsinstrument voor de justitieassistent en ambulante begeleiders
- als een indicatie- en behandelingsinstrument voor een hospitalisatie

Latere verslagen zouden dan een actualisering worden, terwijl onderzoekers nu vaak in de woestijn moeten beginnen. De nieuwe wet geeft veel aandacht aan deze psychiatrische expertise maar zonder belangrijke budgettaire investering zal deze aandacht dode letter blijven.

Als deze « mengbeelden » minder geïnterneerd zouden worden, en meer naar het strafrecht en de gevangenis verwezen worden, zal de druk op de gevangenis, waar het nooit aan problemen zal ontbreken, verhoogd worden.
Internering impliceert een recht op zorg, en voor een veroordeelde psychoticus, « een zieke » is het veel moeilijker toegang te krijgen tot deze zorg dan voor een geïnterneerde met heel wat minder problemen.

3.4. de « vrije » geïnterneerde

Er worden heel wat mensen « in vrijheid » geïnterneerd: personen die nooit aangehouden geweest zijn, altijd vrij geweest zijn en vrij voor de commissie komen. Anderen zijn aangehouden geweest, maar werden vrijgesteld in de loop van de instructie, soms naar een kliniek of een therapeutisch centrum, in het kader van vrijheid onder voorwaarden. Ook zij komen « vrij » voor de commissie.

Soms hebben wij de indruk, welke evenwel niet steunt op wetenschappelijke gegevens, dat de beslissingsmodaliteiten van de commissies in het Noorden anders zijn dan in het Zuiden.
In het Noorden zijn er drie beslissingsmodaliteiten:

- vrij op proef: wie vrij verschijnt voor de commissie, blijft meestal vrij
- verwijzing naar een kliniek, ook mits de modaliteiten van de invrijheidsstelling op proef
- verwijzing naar het sociaal verweer

In het Zuiden wordt er in de eerste plaats verwezen naar het sociaal verweer. Dit heeft wellicht ook te maken met het feit dat in het Zuiden de internering zich eerder richt naar ernstige delicten met ernstige pathologie.

De nieuwe wet lijkt voorbij te gaan aan het gegeven dat er « vrije » geïnterneerden zijn en lijkt in de eerste plaats geschreven te zijn voor geïnterneerden die vanuit de gevangenis voor de commissie verschijnen.

De wet stelt duidelijk dat een eerste modaliteit van invrijheidsstelling enkel mogelijk wordt na tien maanden, en dat een invrijheidsstelling op proef enkel mogelijk wordt nadat een geïnterneerde een uitgangsdag, verlof, beperkte detentie of elektronisch toezicht gekend heeft.
Nemen we nu een geïnterneerde die al enkele maanden in een kliniek verblijft waarbij hij ieder weekend bij zijn familie doorbrengt. Hij verschijnt voor het eerst voor de commissie. Het bestaande therapeutische scenario kan wettelijk niet vertaald worden in een invrijheidsstelling op proef in de kliniek. Beperkte detentie lijkt uitgesloten, elektronisch toezicht in een kliniek lijkt mij verre van evident.
De nieuwe wet wil met onderbouwde en doorzichtige rechtsregels een einde stellen aan wat – grotendeels ten onrechte – de bricolage van de commissie genoemd werd. Bij de vrije geïnterneerde moet er evenwel onmiddellijk juridisch gebricoleerd worden, bricolage, welke zelfs voor de veiligheid en de zorg contra-productief kan worden.

Wellicht wil de wetgever met dit scenario de internering beperken tot ernstig gestoorden met ernstige delicten die dan vanuit de gevangenis voor de strafuitvoeringsrechtbank verschijnen, en op wie het door de wet voorgeschreven scenario wel van toepassing is. Maar op wie geïnterneerd wordt, wie vrij blijft of vrijgesteld wordt, heeft de wetgever geen impact; psychiaters en magistraten komen hierin tussen.

Bijzondere opmerkingen

Wat nu volgt, is een commentaar op bepaalde artikelen van de wet vanuit een psychiatrische lezing.

Artikel 2 formuleert duidelijk de beginselen van de wet: de internering beoogt veiligheid en zorg. Er wordt ook gesproken van « reïntegratie in de maatschappij »: dit is een lovenswaardig standpunt , maar de HIGH-SECURITY, de sociale ruimte voor de geïnterneerden, voor wie een hoge veiligheidsgraad belangrijk is, zal de realiteit worden voor een groot aantal geïnterneerden. Bij deze groep kan er niet onmiddellijk gesproken worden van een behandelings- en veranderingsprocessus, van een invrijheidsstelling, maar van een regime met aandacht voor de rechten van de mens op het medico-psycho-sociale vlak.

Van artikel 5 tot artikel 7 wordt veel aandacht gegeven aan het « psychiatrisch deskundigenonderzoek »: een expertise met kwaliteit uitgevoerd kan een sluitstuk worden voor de loopbaan van een geïnterneerde.

We hebben hierbij twee technische vragen:

- In artikel 6 wordt gesproken van een « observatie in de psychiatrische afdeling van de gevangenis »: een goed initiatief. Maar wie zal observeren voor de expert? De zorgverstrekkers van de psychiatrische afdeling, eigen aan de onafhankelijke hulpverlening, rapporteren niet aan de gerechtelijke instanties. Een verduidelijking is nodig.

- Artikel 7 spreekt over « de inlichtingen welke de arts van een onderzochte kan geven aan een deskundige ». Dit artikel had veel grondiger moeten uitgewerkt zijn. Justitie lijkt hierbij vergeten te zijn dat er met de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden, tegen bepaalde nuances van het terrein in, een radicale scheiding gekomen is tussen zorg en expertise.

In bepaalde situaties zullen patiënt en arts gemakkelijk inlichtingen overmaken aan de deskundige, maar in andere dossiers zal de weerstand groot zijn. Medische dossiers kunnen in beslag genomen worden door de gerechtelijke instanties, in aanwezigheid van een lid van de orde van de geneesheren. Gezien de deskundige in bepaalde situaties over medische inlichtingen als bijvoorbeeld het medicatieschema van een psychoticus, moet kunnen beschikken, moet hierover ten gronde een wettelijke regeling uitgewerkt worden.

Aan de goede intentieverklaringen van de wetgever is er een « maar ». Voorlopig is het honorarium voor een expert filantropisch. Als we de kostprijs uitrekenen voor een pluridisciplinaire kwaliteitsexpertise (40 uren), dan komen wij tot een bedrag van 2.500 euro, daar waar nu het honorarium voor de samenwerking tussen psychiater en psycholoog ongeveer 500 euro bedraagt. Indien er geen substantiële investering in de expertise gebeurt, zullen de goede intentieverklaringen van de wetgever dode letter blijven.

Volgens artikel 13 kan een jury van het Hof van Assisen een uitspraak doen over de geestesstoornis van een bepaalde beschuldigde waarop een internering kan volgen. Hierdoor krijgen wij de volgende paradox: de nieuwe wet stelt duidelijk dat een internering enkel kan uitgesproken worden na een psychiatrisch onderzoek, maar bij het Hof van Assisen is daar plots geen sprake meer van.

In een reeks artikelen (18, 19, 21, 22, 25, 38) wordt de uitvoering van de internering bepaald: uitgangsvergunning, verlof, beperkte detentie, elektronisch toezicht, invrijheidsstelling op proef: wij hebben er reeds op gewezen dat voor bepaalde marginale geïnterneerden het niet gemakkelijk zal zijn zich in te schrijven in de modaliteiten als beperkte detentie en elektronisch toezicht.

Artikel 38 bepaalt dat « op zijn vroegst tien maanden […] na de eerste beslissing tot plaatsing » een initiatief kan genomen worden en volgens artikel 25 is een invrijheidsstelling op proef enkel mogelijk nadat eerst een uitgangsvergunning, een verlof, een beperkte detentie, of elektronisch toezicht werd uitgevoerd.

Dit lijkt de indruk te bevestigen dat het scenario van de uitvoering van de internering geschreven is voor geïnterneerden die vanuit de gevangenis voor de strafuitvoeringsrechtbank zullen komen, die ze zal plaatsen en waarbij enkel na tien maanden voor het eerst « initiatieven » kunnen genomen worden.
Wat met de geïnterneerden die vrij voor de strafuitvoeringsrechtbank zullen komen? Wat met de geïnterneerden die in een kliniek of therapeutisch centrum verblijven? Verandering in het therapeutisch regime (geen weekendverlof meer, elektronisch toezicht –waarvan de kliniekverantwoordelijken denken dat het niet of nauwelijks toe te passen is in een kliniek) kan contra-productief zijn. Een internering moet soepel kunnen inspelen op een therapeutische processus, wat door de nieuwe wet niet kan verzekerd worden.

Met de artikelen 53 en 56 krijgt het slachtoffer inhoudelijk een stem in het verloop van de internering, welke een reële vooruitgang betekent t.o.v. de wet van 1930-1964.

Met de artikelen 60, 66, 68, 69 worden de crisissituaties, die zowel van delinquente – als van psychopathologische aard kunnen zijn, en het eventueel antwoord hierop behandeld. Deze artikels zijn goed onderbouwd, maar dezelfde vraag komt steeds terug: zal men in het

kader van de nieuwe wet soepel kunnen inspelen op een processus, waarbij en zorg en veiligheid prioriteiten zijn.
Wanneer in een kliniek een geïnterneerde in een paranoïde crisis dronken een medepatiënt poogt te wurgen, is een time-out naar de gevangenis een noodzakelijke maatregel, welke onmiddellijk moet kunnen worden uitgevoerd, maar terzelfder tijd moet een therapeutisch scenario op lange termijn kunnen geschreven worden: na een verblijf in de gevangenis wordt opnieuw een programma in de kliniek gepland.

De internering van veroordeelden wordt in een reeks artikelen (van 86 tot 112) ten gronde behandeld.
De internering van deze veroordeelden volgens de wet van 1930-1964 (artikel 21) was overigens, mede door zijn dubbelheid, aan een herziening toe: bijvoorbeeld een ernstig gestoorde, een schizofreen, kan met artikel 21 opgenomen worden in een kliniek.
Om uit de klinische structuren ontslagen te worden, diende de betrokkene, na eerst genezen verklaard te zijn, terug verwezen te worden naar de gevangenis, vanwaar hij dan voorwaardelijk kon vrij komen.
« Genezen verklaren » blijft echter dubbel: volgens de klassieke psychiatrie is een schizofreen, die geneest, in feite geen "schizofreen".

Bij de nieuwe regeling volgende bemerkingen:

- Eens te meer wordt het belang van een kwaliteitsvolle expertise benadrukt: in de regio Brussel zijn er zeer veel preventief gehechten en weinig experten. Hierdoor komen heel wat psychotici in het strafrecht terecht en wordt het groot aantal psychiatrisch gestoorde veroordeelden in de gevangenissen van Andenne en Ittre verklaard.

- Er moet over gewaakt worden dat de internering van een veroordeelde enkel gebeurt als de « geestesstoornis » « ernstig » en « aanhoudend » is, zoals de memorie van toelichting het verduidelijkt. Kortdurende psychopathologische crisissen moeten in een gevangenis kunnen worden opgevangen. Probleem is wel dat er hiervoor geen passende sociale ruimte voor behandeling is in de gevangenis: er wordt hier al jaren voor gepleit, maar dit pleiten blijft voorlopig een stem in de woestijn.

- Sterk punt in de regeling is (artikel 91, 92, 93) dat uitgangsvergunning, verlof, elektronisch toezicht, beperkte detentie, en invrijheidsstelling op proef mogelijk worden voor de geïnterneerde veroordeelde. Om vrijgesteld te worden moet de geïnterneerde niet meer genezen verklaard worden en naar de gevangenis terugkeren.

- Art. 112 roept wel problemen op: bij veroordeelde geïnterneerden stopt de internering wanneer hun straf beëindigd is.
Bij langgestraften zie ik niet onmiddellijk problemen, maar bij kortgestraften kan met het beëindigen van de internering ook het recht op zorg eindigen. Een veroordeelde psychoticus krijgt minder gemakkelijk toegang tot de zorg dan een geïnterneerde met een minder manifeste problematiek.
Wel voorziet de wetgever de gedwongen opname bij strafeinde voor bepaalde probleemgevallen: « wanneer de geestesstoornis ernstig en aanhoudend blijft en gevaarlijkheid weerhouden wordt ». Begeeft de wetgever hier zich niet op de weg « naar het rijk der dromen »?

Zelfs de forensische eenheden van de psychiatrische ziekenhuizen staan nu reeds afkerig t.o.v. probleemsituaties inzonder seksuele delinquenten.
Hoe zullen – a fortiori – de klinieken reageren wanneer er zich een seksuele recidivist met een paranoïde stoornis aanmeldt met de modaliteit van de gedwongen opname: de weerstand zal zonder twijfel nauwelijks te overbruggen zijn.
Het ware wellicht beter geweest dat, wanneer een veroordeelde geïnterneerd wordt, de internering volgens dezelfde modaliteit verloopt als bij iemand die rechtstreeks geïnterneerd wordt.

Besluit

Een reeks onderbouwde rechtsregels structureren de nieuwe wet. In feite hebben we geen kritiek ten gronde, maar wel een reeks vragen, welke enkel in de toepassing, in de praktijk, in de komende jaren, een eventueel antwoord kunnen krijgen.

Zal er budgettair geïnvesteerd worden in de psychiatrische expertise, sluitstuk van vele forensische wegen in het algemeen, en van de internering in het bijzonder? De medico-psychosociale expertise betreffende de geïnterneerden tijdens het verloop van de internering zou een antwoord kunnen zijn op de afwezigheid van de psychiater in de strafuitvoeringsrechtbank, maar wat als er nauwelijks experten zullen zijn, wat de realiteit dreigt te zijn.

Zal de wet « soepel » kunnen inspelen op een therapeutische processus, crisissituaties, vooral bij geïnterneerden die in een kliniek verblijven?

Hoe zullen de klinieken reageren als bij strafeinde een geïnterneerde veroordeelde, als bijvoorbeeld een gestoorde seksuele recidivist, zich zal aanmelden met de modaliteit van de gedwongen opname? Het beëindigen van de internering bij strafeinde betekent ook dat de toegang tot het zorgcircuit minder gemakkelijk wordt.