

# Advies, 26 april 2014, forensische psychiatrie

## Advies over de forensische psychiatrie

### 0. Samenvatting

De opeenvolgende veroordelingen van België voor de opsluiting van geïnterneerden in daartoe ongeschikte inrichtingen vragen om structurele oplossingen, waaraan des te meer behoefte bestaat in het licht van de opening van het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent in 2014 en de begonnen bouw van het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Antwerpen.

In dit advies verdedigt de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) drie stellingen.

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

### 1. Inleiding

Sinds 1998 is België al meermaals veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens voor de opsluiting van geïnterneerden in daartoe ongeschikte inrichtingen. Op 9 januari 2014 is België hiervoor opnieuw achtmaal veroordeeld (de arresten Caryn, Gelaude, Lankester, Moreels, Oukili, Plaisier, Saadouni, Van Meroye). De bevoegde internationale instanties richten hun aandacht al geruime tijd op de schendingen van de grondrechten van de geïnterneerden door ons land. De structurele overbevolking van onze gevangenissen en het gebrek aan een regulerend kader zorgen ervoor, dat geïnterneerden niet kunnen worden opgevangen in een geschikte therapeutische structuur met negatieve gevolgen voor hun welzijn en voor hun kansen op re-integratie. Vandaag vertegenwoordigen geïnterneerden iets meer dan 10 procent van de totale gevangenispopulatie. De KAGB vindt, samen met het Vlaams Geneeskundigenverbond, het belangrijk te pleiten voor een structurele aanpak, die op korte termijn een blijvende verbetering tot gevolg heeft. Dit advies bouwt voort op het advies van de KAGB van 28 juni 2013 over de uitdagingen waar de psychiatrie voor staat op het gebied van opleiding, wetenschappelijk onderzoek en beroepsuitoefening. Het advies is toegespitst op drie delen: de nood aan een degelijke uitbouw van de opleiding, een stimulans voor gedegen wetenschappelijk onderzoek in de discipline, en de wenselijkheid tot hervorming van de psychiatrische zorg in de gevangenissen. Hierbij wordt uitvoerig en vrij gedetailleerd ingegaan op een plan tot organisatie van de opleiding in de forensische psychiatrie. Wat betreft de nood aan verwetenschappelijking van de discipline worden enkele toekomstgerichte onderzoekslijnen geschetst, meer bepaald in verband met de bouw van twee forensische psychiatrische centra. Inzake de onontbeerlijke leniging van het trieste lot van de geïnterneerden, die dikwijls in mensonterende omstandigheden in Belgische gevangenissen wegwijnen, sluit de KAGB zich in grote lijnen aan bij de voorgestelde oplossingen, geformuleerd in een advies van de Penitentiaire Gezondheidsraad, dat jammer genoeg dit jaar haar eerste lustrum heeft gevierd zonder concrete omzetting in de praktijk. Met de oprichting van de forensische psychiatrische centra is de

tijd gekomen om er werk van te maken.

## **2. De opleiding in de forensische psychiatrie**

De forensische psychiatrie in zijn totaliteit, zowel het deskundigengedeelte als het behandelingsgedeelte, neemt een steeds belangrijker positie in binnen justitie en geneeskunde. Bij elke grote rechtszaak treden de problemen van de kwaliteit van deskundigenonderzoeken en -verslagen, en van het ontbreken van een adequate behandeling binnen de forensische psychiatrie telkens weer op de voorgrond.

In de meeste westerse landen bestaan er kwaliteitscriteria en garanties om te kunnen werken binnen deze sector. Volgens Europese regelgeving geeft een certificaat van voltooide bijzondere bekwaamheid (CCST = completed certificate specialist training, behaald in om het even welk land van de EU), toegang tot deze subspecialiteit in om het even welk ander Europees land. Forensische psychiatrie is als afzonderlijke CCST erkend in Duitsland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk. Andere landen; zoals Nederland (enkel voor de deskundigenactiviteit), Spanje en Zweden, hebben interne opleidingen maar zonder officiële erkenning. Zonder deze interne opleiding is in deze laatstgenoemde landen echter de toegang tot het beroep van forensisch psychiater, of de forensische deskundigenactiviteit, niet evident. De voortschrijdende eenmaking van Europa vergroot het nut en biedt de kans om ook in België een bijzondere bekwaamheid in de forensische psychiatrie te organiseren.

Het deskundigenaspect en het behandelingsaspect zijn innig met elkaar verweven: de kwaliteit van de deskundigenactiviteiten bepaalt de instroom in de forensische behandelingssector, en omgekeerd bepalen de mogelijkheden en evoluties in de behandelingssector de inhoud van de deskundigenactiviteit. Een nauwe interactie tussen beide is inherent aan en noodzakelijk voor forensisch psychiatrisch werk. Een gemeenschappelijke theoretische opleiding is daarom een noodzaak, in het bijzonder om praktische redenen, gezien de relatief kleine aantallen jaarlijks te vormen forensische psychiaters in België.

Forensische psychiatrie krijgt slechts minimale aandacht in de opleiding psychiatrie. Over de 12 jaar (3 jaar bachelor geneeskunde + 4 jaar master geneeskunde + 5 jaar psychiatrie) opleiding worden twee halve dagen (2 x 6 uur) besteed aan forensische psychiatrie. Men kan dan ook stellen dat de kennis van een afgestudeerde psychiater op het gebied van de forensische psychiatrie ondermaats is. De interuniversitaire postgraduaatopleiding forensische psychiatrie en psychologie in Vlaanderen, gestart in 1998-2000, wordt op dit ogenblik omgevormd tot een permanente academische vorming. Deze omvat een twee jaar durende opleiding, met jaarlijks 12 modules gespreid over 6 dagen. Thema's die hierbij behandeld worden, zijn onder meer juridische structuren, forensische kaart, multidisciplinair werken, forensische psychopathologie, forensische psychodiagnostiek, risicotaxatie, behandeling, neuro-imaging, ethiek en deontologie, capita selecta. Op termijn wordt een uitbouw naar een master na master, met stageperiode, gepland, die toegankelijk zal zijn voor artsen-psychiaters, psychologen, criminologen en orthopedagogen, omwille van de multidisciplinariteit die de forensische psychiatrie kenmerkt, zodat ook de opleiding van de andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij het forensische gebeuren, kwalitatief hoogstaand zou zijn. Stages dienen dan aangepast te worden aan de specifieke vooropleiding. In Franstalig België bestaat een vergelijkbare twee jaar durende postacademische universitaire opleiding in de "criminalistiek", alsook een master in de gerechtspychologie.

De wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen met een geestesstoornis, die in januari 2015 in werking zou moeten treden, bepaalt in art. 5, §2, een aantal voorwaarden waaraan de deskundige in strafzaken zal moeten voldoen om te mogen adviseren aan de strafrechter inzake de internering. Deze erkenning wordt verleend door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Sedert 2001 bestaan er forensische psychiatrische eenheden voor de behandeling van geïnterneerde patiënten in psychiatrische centra. Het is de bedoeling hun aantal uit te breiden. Verder bestaan er drie residentiële eenheden voor de behandeling van seksuele delinquenten in psychiatrische ziekenhuizen. Verder kan gewezen worden op het ambulante zorgcircuit voor de behandeling van seksuele delinquenten, dat al twee decennia goed functioneert. Daarnaast werd beslist in Vlaanderen twee hoogbeveiligde forensisch psychiatrische centra in Gent en Antwerpen op te richten voor de behandeling van geïnterneerden (ca. 450 bedden). Het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent bevindt zich in de afwerkingsfase. In Antwerpen is men begonnen met de bouw. De volgende stap is de bestaande met voldoende kwalitatief multidisciplinair gevormd en erkend personeel, rekening houdend met de behandelnoden van deze patiëntengroep. Meer dan 600 geïnterneerden in Vlaanderen zitten in de gevangenis te wachten op een adequate opvang in de behandelcentra.

In het licht van het voorgaande, kunnen de volgende voorstellen geformuleerd worden:

*Uitwerken van de erkenningsvoorwaarden voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de forensische psychiatrie*

De opleiding bestaat uit 3 onderdelen:

- o Een theoretische opleiding (bv. interuniversitair georganiseerde seminars verspreid over 2 jaar) met een afrondende toets of examen. De erkenningscommissie bepaalt welke opleidingen hiervoor in aanmerking komen.
- o Een stageperiode in functie van het primaire werkdomein van de forensische psychiater (behandeling/deskundigen). De kandidaat moet een stageplan indienen, dat de erkenningscommissie moet goedkeuren.
- o Een voortgezette theoretische vorming.

Theoretische opleiding: dit hoort een universitaire opleiding op masterniveau te zijn, zoals de permanente interuniversitaire academische vorming "forensische psychiatrie en psychologie", die ingericht wordt door vier Vlaamse universiteiten. Er moet voldoende aandacht zijn voor een multidisciplinaire samenwerking met forensisch psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, criminologen en therapeuten. In afwachting van de organisatie van een adequaat erkenningsstelsel op Europees niveau moet de Belgische erkenningscommissie andere opleidingen en buitenlandse opleidingen (CCST) beoordelen op inhoud en bruikbaarheid in de Belgische context.

Stageperiode: afhankelijk van het primaire werkdomein (behandeling/ deskundigenactiviteiten) bestaan twee oriëntaties:

**1. Behandeling**: een stage onder leiding van een erkend stagemeester, in een residentieel forensisch centrum, penitentiaal of extrapenitentiaal (800 uur, te voltooien in maximaal 3 jaar). Een deel van de stage kan plaatsvinden in een ambulant forensisch centrum. De kandidaat moet een stageplan indienen, dat de erkenningscommissie moet goedkeuren. De stage kan in het tweede jaar van de theoretische opleiding gebeuren.

**2. Deskundigen**: een stage onder leiding van een stagemeester (forensisch psychiater-deskundige) (800 uur, te voltooien in maximaal 3 jaar). Het expertisewerk moet gebeuren in opdracht van de rechterlijke macht (dus geen tegenexpertisen). Dit komt neer op 40 expertisen van "gemiddelde" duur volgens Nederlandse maatstaven: enkelvoudige expertise = 14 uur, triple expertise = 26 uur, gemiddeld 20 uur per expertise. De stage kan in het tweede jaar van de theoretische opleiding gebeuren. De kandidaat-deskundige wordt hiertoe in strafzaken in college aangesteld samen met de stagemeester (minimaal 2 verschillende stagemeesters over het geheel van de 40 expertisen). De betaling gebeurt per deskundige door de FOD Justitie (gerechtskosten), zoals gebruikelijk bij aanstellingen in collegeverband.

De stagemeeesters zullen, na een overgangperiode, psychiaters zijn met de bijzondere beroepsbekwaamheid forensische psychiatrie met minimaal 8 jaar ervaring.

Een voortgezette theoretische vorming: is vereist voor het behouden van de erkenning (gemiddeld 2 studiedagen of symposia per jaar over 5 jaar) binnen de forensische psychiatrie.

Daarnaast is een minimale professionele activiteit vereist:

1. ofwel minstens een gemiddelde, gemeten over een periode van 5 jaar, van 10 uur/week aan forensische behandelingsactiviteit;
2. ofwel minstens een gemiddelde, gemeten over een periode van 5 jaar, van 10 gerechtelijke expertisen per jaar.

De erkenningscommissie moet om de 5 jaar beide criteria beoordelen. Zowel stagemeeesters, bevoegd voor de forensische behandelingspsychiatrie, als stagemeeesters, bevoegd voor de deskundige forensische psychiatrie, dienen deel uit te maken van de erkenningscommissie voor de evaluatie van deze dossiers, zoals in het voorgaande toegelicht.

#### *Model voor deskundigenverslaggeving*

Het verdient aanbeveling dat de bevoegde overheid een verplicht model voor verslaggeving in strafrechtelijke deskundige opdrachten zou vastleggen. Bij het ontwerpen van dit model worden de beroepsvereniging (forensische sectie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie in Vlaanderen) en de erkenningscommissie best betrokken.

#### *Vergoeding van de erkende forensische psychiater*

De vergoeding van de erkende forensische psychiater moet worden vastgesteld in functie van de verworven expertise en beroepstitels, enerzijds, en de tijd, nodig om de prestaties te leveren, anderzijds.

### **3. Onderzoek**

Cijfers, verkregen van de verschillende Vlaamse universiteiten voor de periode 2002-2012, tonen aan dat het pover gesteld is met het academisch onderzoek in de psychiatrie. Over alle universiteiten heen behaalden in deze periode tussen de drie en tien psychiaters in opleiding een doctoraatsdiploma. Eind 2012 werkten bijna zesmaal meer FWO-mandaathouders rond neurowetenschappen en neurologie dan rond psychiatrie en psychotherapie.

Vlaanderen kent geen langdurige traditie van wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie, en al zeker niet in de forensische psychiatrie. Het aantal artsen en psychiaters (in opleiding) dat wetenschappelijk onderzoek doet en doctoreert is zeer beperkt.

Er zijn bovendien een aantal disparate initiatieven vanuit de basis, welke een gecoördineerde en gestructureerde aanpak niet kunnen vervangen. Vooreerst startte in 2009 het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem een nieuw project, genaamd 'Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg', oftewel 'KeFor'. Dit centrum staat in voor het uitvoeren, initiëren en begeleiden van onderzoek binnen de diverse forensische (pilot)projecten in Vlaanderen, en beantwoordt daarmee de vraag naar wetenschappelijke sturing en evaluatie van dit specifieke werkdomein.

Daarnaast doet het Universitair Forensisch Centrum, als onderdeel van de Universitaire Ziekenhuisdienst Psychiatrie campus UZA, sinds enkele jaren onderzoek naar het meten van behandeluitkomsten bij seksuele

delinquenten (Routine Outcome Monitoring). Deze ROM dient ook geïmplementeerd te worden bij de instroom van geïnterneerden in de nieuwe forensisch psychiatrische centra.

Verder gebeurt er vanuit het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI) – binnen de faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen – onderzoek naar maatschappij-georiënteerde zorgvormen bij geïnterneerden (Assertive Community Treatment) en naar sociale cognitie bij zedendelinquenten en parafilieën (startende doctoraatsonderzoeken). Ook geneeskundestudenten maken in een vroeg stadium kennis met (onderzoek in) de forensische psychiatrie door het schrijven van een masterproef. Tot slot gebeurt er sinds de opstart van Fordulas in juni 2010 in Kortenberg onderzoek onder leiding van Dr. Tremmery, verbonden aan de faculteit geneeskunde van de Katholieke Universiteit Leuven. Onderzoekslijnen zijn: agressieregistratie, impact van het leefklimaat op agressie, verschil in agressieprofiel tussen jongens en meisjes.

In het advies van de KAGB van 28 juni 2013 over de uitdagingen waar de psychiatrie voor staat op het gebied van opleiding, wetenschappelijk onderzoek en beroepsuitoefening is ervoor gepleit om het onderzoek in de psychiatrie in Vlaanderen te stimuleren door inspiratie te zoeken bij het psychiatrisch onderzoeksprogramma “GeestKracht”, dat in Nederland bijzonder succesvol is gebleken. In dit verband is erop gewezen dat voldoende klemtoon moet liggen op traditioneel in Vlaanderen stiefmoederlijk behandelde deelgebieden zoals de verslavings-, forensische en sociale psychiatrie.

Het ontbreken van een goed functionerende onderzoeksinfrastructuur en van een geïntegreerde visie op het psychiatrisch wetenschappelijk onderzoek is er mede debet aan dat in belang toenemende deelgebieden en foci buiten schot blijven zoals de verslavings-, forensische – en transculturele psychiatrie. Evenals in Nederland wordt de integratie van het cliënten- en familieperspectief ondergewaardeerd.

Prioritaire onderzoekstopics zijn:

- wetenschappelijke evaluatie van behandelresultaten in forensisch psychiatrische centra
- verklaringsmodellen voor het verband tussen psychopathologie en crimineel gedrag
- kwaliteitsbewaking in deskundigenonderzoek
- hoe kan voorkomen worden dat algemeen psychiatrische patiënten forensisch psychiatrische patiënten worden

#### **4. De overheveling van de psychiatrische zorg in de gevangenissen van justitie naar volksgezondheid**

De KAGB is van oordeel dat de psychiatrische zorg in de gevangenissen erbij gebaat zou zijn, indien die onder de bevoegdheid zou vallen van volksgezondheid in plaats van justitie, meer zelfs, de KAGB bepleit de volledige overheveling van de penitentiaire gezondheidszorg naar volksgezondheid, zoals in een stijgend aantal andere lidstaten van de Europese Unie.

De KAGB kan zich vinden in de pertinente argumenten en de concrete implementatiemodaliteiten, welke naar voren gebracht worden in het advies 2009/1 van de Penitentiaire Gezondheidsraad aan de Minister van Justitie betreffende de hervorming van de gezondheidszorg in de gevangenissen en de bijbehorende commentaar (zie bijlage). Meer recente initiatieven, zoals die van de reflectiegroep “Zorg en Detentie” binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, wijzen eenduidig in dezelfde richting.

Meer bepaald vindt de KAGB dat de ontwikkelingen van het algemeen gezondheidsbeleid in de samenleving ook uitwerking moeten krijgen in de gevangenissen, dat het algemene financieringssysteem van de gezondheidszorg,

overeenkomstig de algemene normering, de basis dient te zijn voor de gezondheidszorgverstrekkingen in de gevangenissen, eventueel aangevuld met een extra financiering om de kostenloosheid van de ziekteverzekering voor de gedetineerden te waarborgen, en dat de professionele onafhankelijkheid van de zorgverlener maximaal verzekerd dient te worden. De penitentiaire gezondheidszorg moet hierbij aan dezelfde regels onderworpen zijn als een regulier ziekenhuis, en door de Vlaamse Gemeenschap moet worden geïnspecteerd. Een Instituut Gezondheidszorg Gevangenissen is volgens de KAGB een gepast overkoepelend orgaan om de gezondheidszorg in de gevangenissen tot een coherent, gecoördineerd en efficiënt geheel uit te bouwen. Tot slot is de KAGB het ermee eens dat het Beheerscomité Gezondheidszorg Gevangenissen in dit verband een belangrijke rol als brugfunctie te vervullen heeft.

Het is van het grootste belang dat de twee hoogbeveiligde forensische psychiatrische instellingen zouden functioneren volgens de normen van forensische ziekenhuizen met een voldoende omvangrijke kwalitatieve multidisciplinair gevormde en erkende medische staf en met de nodige wetenschappelijke ondersteuning en opvolging, rekening houdend met de behandelnoten van deze patiëntengroep.

## 5. Conclusies

De KAGB heeft de volgende aanbevelingen.

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

## Noten

- Het advies werd voorbereid door een bijzondere commissie, bestaande uit de collegae Bert Aertgeerts, Paul Cosyns, Lea Maes, Bernard Sabbe en Thierry Vansweevelt, namens de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, en de collegae Jan Dockx, Chris Dillen, Kris Goethals, Ingeborg Jeandarme, en Philippe Van Peteghem, als externe deskundigen.
- De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit Guy De Backer, Dominique Declerck, Aart de Kruijf (algemeen secretaris), Joke Denekens, Bernard Himpens (voorzitter), Greet Ieven, Jo Lambert, Geneviève Laureys, Lea Maes, Simon Scharpé, Wim Stevens en André Van Steirteghem, keurde het advies goed op 26 april 2014.

***Bijlage: Advies 2009/1 van de Penitentiaire Gezondheidsraad aan de Minister van Justitie betreffende de hervorming van de gezondheidszorg in de gevangenissen***

***Aanbeveling van de Penitentiaire Gezondheidsraad aan de Minister van Justitie betreffende de hervorming van de gezondheidszorg in de gevangenissen***

Verwijzend naar de:

- Basiswet Gevangeniswezen van 12 januari 2005;
- Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;
- Wet van 27 april 2007 betreffende de internering van personen met een geestesstoornis (integratie van de zorg voor geïnterneerden in het extern zorgcircuit);
- Algemene regels betreffende medische ethiek en deontologie;
- Aanbeveling R(98)7 van de Raad van Europa betreffende de ethische en organisatorische aspecten van de gezondheidszorg in de gevangenis;
- Aanbeveling REC(2004)10 van de Raad van Europa aangaande de bescherming van de rechten van de mens en de waardigheid van personen met een geestesstoornis inzonderheid artikel 35 (behandeling in de gevangenis);
- Aanbeveling R(2006)2 van de Raad van Europa betreffende de Europese Gevangenisregels, inzonderheid artikel 40, (de gezondheidszorg in de gevangenis moet georganiseerd worden in nauw verband met het beheer van de gezondheidszorg in de vrije samenleving; het gezondheidszorgbeleid moet geïntegreerd worden in het nationale beleid),

overwegende dat:

- de gedetineerde populatie een zieke bevolkingsgroep is, levend in een gemeenschap stabiel qua aantal, fluctuerend qua samenstelling;
- de gedetineerde recht heeft op gelijkwaardige gezondheidszorg, aangepast aan zijn specifieke noden;
- de Raad van Europa de autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor de gezondheidszorg heeft verzocht de gezondheidszorg voor gedetineerden te integreren in het nationaal beleid en beheer;
- de zorgverleners die in de gevangenis werken recht hebben op dezelfde arbeidsvoorwaarden als de gewone zorgverleners en op de inachtneming van hun professionele onafhankelijkheid;
- de gedetineerde uitgesloten is van de sociale zekerheid, ook van de ziekteverzekering;
- Justitie de plicht heeft om gedetineerden toegang te geven tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg;

kennis nemend van:

- de werkzaamheden van het CPT (Europees Comité inzake de voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing);
- de recente hervormingen in andere Europese landen op gebied van gezondheidszorg in gevangenis,

rekening houdend met:

- de structuren op federaal niveau en op gemeenschapsniveau op het vlak van gezondheidszorg in ons land,

**doet de Penitentiaire Gezondheidsraad aan de Minister van Justitie de aanbeveling:**

- rekening te houden met het hieronder gebrachte advies bij de uitwerking van de wetgeving en het beleid op gebied van gezondheidszorg in gevangenis;
- het verspreiden van dit advies en zijn commentaar te verzekeren aan de overheden verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in ons land op zich te nemen.

**Advies 2009/1 van de Penitentiaire Gezondheidsraad aan de Minister van Justitie betreffende de hervorming van de gezondheidszorg in de gevangenis**

(Unaniem aangenomen tijdens de plenaire vergadering van de Penitentiaire Gezondheidsraad op 4 december 2008 en 12 februari 2009)

1. De nationale en Europese tendensen op gebied van gezondheidszorg in de gevangenis moeten worden voortgezet:

- de gezondheidszorg in de gevangenis worden geïntegreerd in het nationaal beleid en beheer van de gezondheidszorg;

- om een volledige integratie te verzekeren en om een kwaliteitsvolle gezondheidszorg te bereiken moet de professionele onafhankelijkheid van de zorgverleners gewaarborgd zijn. Deze professionele onafhankelijkheid moet klaar en duidelijk zijn zowel voor de zorgverleners als voor de gedetineerde.

2. Zolang de gedetineerde geen toegang heeft tot het stelsel van de sociale zekerheid, moet de FOD Justitie aan het RIZIV de bijdrage voor de gemeenschap van de gedetineerden betalen (aandeel van het ziekenfonds en remgeld). Zo krijgen de gedetineerde patiënten gratis toegang tot de gezondheidszorg.

3. Een Instituut Gezondheidszorg Gevangenis moet worden opgericht.

Deze instelling moet, in permanent overleg met de penitentiaire overheden, het gezondheidsbeleid, ook op gebied van geestelijke gezondheidszorg, integreren in de gevangenis, alsook leiding geven aan de diensten voor gezondheidszorg in de gevangenis, overleggen en samenwerken met overheden en gespecialiseerde organisaties voor zorg en preventie en beroep doen op wetenschappelijke instanties op gebied van gezondheidszorg (kenniscentrum, universiteiten, enz..).

Het beheer van de gezondheidszorg in de gevangenis door het Instituut Gezondheidszorg gevangenis wordt bepaald, in bijzonder in de gevangenis met afdelingen voor psychiatrische patiënten en voor geïnterneerden, door normen van Volksgezondheid en door een financiering vergelijkbaar met deze van andere instellingen voor gezondheidszorg (ziekenhuizen, verzorgingsinstellingen).

De Minister van Volksgezondheid neemt de Ministeriële voogdij op zich.

4. Een Beheerscomité moet toezien op de goede uitvoering van de opdrachten van het Instituut Gezondheidszorg Gevangenis en op de projecten die er worden uitgewerkt.

### **Commentaar van de Penitentiaire Gezondheidszorg bij het Advies 2009/1 aan de Minister van Justitie betreffende de hervorming van de gezondheidszorg in de gevangenis**

#### **1. Voortzetten Europese en nationale tendensen**

Voor enkele jaren waren in de meeste Europese landen de diensten voor gezondheidszorg een onderdeel van Justitie, meestal zelfs van het Gevangeniswezen. Steeds meer landen willen beantwoorden aan de Europese Aanbevelingen. De penitentiaire gezondheidszorg wordt geheel of gedeeltelijk overgeheveld naar Volksgezondheid. (Frankrijk, Engeland en Wales, Noorwegen, Spanje, Italië, ...).

De redenen betreffen zowel de deontologie (professionele onafhankelijkheid van de zorgverlener) als de integratie in de nationale gezondheidszorg (beleid en beheer). Deze tendens tekent zich ook af in België (tussenkomen van het RIZIV in de zorg van gedetineerden).

Bovendien verhoogt ook de inbreng van de Gemeenschappen (Strategisch Plan in Vlaanderen) wat betreft de persoonsgebonden materies (onderwijs, cultuur en ook ... preventie). Deze tendensen moeten worden voortgezet.

##### **1.1. Integratie in het gezondheidsbeleid**



*Deze integratie betekent dat het algemeen gezondheidsbeleid ook toegepast moet worden in de gevangenissen. Daarnaast kan beroep gedaan worden op de kennis van de federale overheden en van de gemeenschappen en de gewesten om het beleid in de gevangenissen bij te sturen en te ondersteunen.*

- Als de verantwoordelijken voor de gezondheidszorg in het algemeen hun beleid toespitsen op bepaalde bevolkingsgroepen of ziekten moet dit beleid ook doorgetrokken worden in de gevangenissen (vb. diabetes, acties voor zelfmoordpreventie van de Vlaamse Gemeenschap).*
- Het Kenniscentrum van Volksgezondheid kan een studie maken over het voorschrijfgedrag van artsen in de gevangenissen en de geneesmiddelenconsumptie.*

### *1.2. Integratie in het nationaal beheer van de gezondheidszorg*

*De integratie in het beheer moet worden voortgezet door een financieringssysteem en een beheer van het personeelskader in te voeren conform de normen die in de gezondheidssector in het algemeen worden toegepast.*

- Tussenkomen van het RIZIV voor de geneeskundige verstrekkingen en van de gemeenschappen voor preventie.*
- Het Kenniscentrum van Volksgezondheid kan helpen bij het bepalen van het personeelsbehoeften en materiële noodwendigheden en adviseren bij het aantrekken van meer zorgverleners.*

### *1.3. Klaar en duidelijke professionele onafhankelijkheid van de zorgverlener*

*Om een kwaliteitsvolle gezondheidszorg te verzekeren is een vertrouwensrelatie nodig tussen de zorgverlener en de patiënt. In deze context moeten de zorgverleners hun professionele activiteiten kunnen uitoefenen in alle onafhankelijkheid. Deze onafhankelijkheid moet klaar en duidelijk zijn zowel voor de zorgverlener als voor de gedetineerde. Een afsplitsing van het Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen (DG EPI) is noodzakelijk.*

*- De administratieve afhankelijkheid van de zorgverleners van DG EPI botst met het principe van de professionele onafhankelijkheid:*

*o op centraal niveau: organigram waarbij zowel medische zorg als medische expertise onder eenzelfde hiërarchie vallen ondanks de geest van de Basiswet;*

*o op niveau gevangenissen: druk van directie op de zorgverleners om medische gegevens prijs te geven, om beslissingen te nemen of tussenkomen te doen die niet gebaseerd zijn op medische criteria (medicatie, plaatsen in de veiligheidscel of psychiatrische afdeling, gedwongen behandelingen, transfers of uitgangspersmissies om zogenaamd medische redenen, toestaan van gunsten op zogenaamd medische gronden: kledij, schoenen, matrassen, voeding, ...).*

## **2. Toegang van de gedetineerdengemeenschap tot een kosteloze ziekteverzekering**

### *2.1. De gedetineerdenpopulatie: een gemeenschap, stabiel qua aantal, fluctuerend qua samenstelling*

*Het leven van de gedetineerde speelt zich af in de gesloten context van de gevangenis. De dagpopulatie bedraagt 10.000 gedetineerden. Jaarlijks komen 15.000 gedetineerden de gevangenis binnen en evenveel gaan er weer buiten, sommigen voor enkele dagen, anderen voor meerdere jaren. Velen zijn bij het binnenkomen niet in orde met de sociale zekerheid. Dit maakt een individueel ziekteverzekeringssysteem zwaar en omslachtig. De*

voorkeur gaat dan ook uit naar een gemeenschappelijke ziekteverzekering voor de gedetineerden.

2.2. De FOD Justitie betaalt aan het RIZIV de bijdrage van de gedetineerdengemeenschap voor geneeskundige verstrekkingen.

*Bij het binnenkomen in de gevangenis verliest de gedetineerde zijn rechten in de sociale zekerheid. Justitie betaalt aan het RIZIV per dag en per gedetineerde een overeen te komen bijdrage om toegang te geven tot de ziekteverzekering. De gedetineerdengemeenschap kan daardoor aanspraak op de uitkering bij geneeskundige verstrekkingen (= mutualiteitsbijdrage).*

2.3. De FOD Justitie betaalt aan het RIZIV een bijkomende bijdrage voor de gedetineerdengemeenschap tot kosteloze geneeskundige verstrekkingen.

*Bij het binnenkomen in de gevangenis verliest de gedetineerde niet alleen zijn rechten in de sociale zekerheid. Bovendien kan hij geen loon uit arbeid verwerven. In de praktijk betekent dit dat de gedetineerde zijn persoonlijke bijdrage (= remgeld) bij de geneeskundige verstrekkingen niet kan betalen. Het principe van de kosteloze geneeskundige verstrekkingen moet dus noodgedwongen bewaard blijven. Ook hiervoor betaalt de FOD Justitie aan het RIZIV per gedetineerde en per dag een overeen te komen bijkomende bijdrage.*

2.4. Een "abonnement voor kosteloze geneeskundige verstrekkingen" voor de gedetineerde

*De FOD Justitie betaalt zowel een bijdrage voor de "mutualiteit" als voor het "remgeld". Deze bijdragen betekenen een belangrijke budgettaire tussenkomst die evenwel jaarlijks gemakkelijk is te ramen (in tegenstelling met de actuele situatie) aan de hand van de penitentiaire bevolkingscijfers. De FOD Justitie mag als tegenprestatie een kosteloze gezondheidszorg verwachten voor elke gedetineerde van zodra hij binnenkomt in de gevangenis.*

*Het RIZIV ontvangt de bijdragen van de FOD Justitie. Een wettelijke basis om tussen te komen in de medische kosten moet worden uitgewerkt.*

*De gedetineerde krijgt een abonnement voor een kosteloze, kwaliteitsvolle, multidisciplinaire en permanente gezondheidszorg door de zorgverleners verbonden aan de gevangenissen. Deze werken samen met externe actoren op gebied van preventie en gezondheids promotie. Ze zorgen voor de samenstelling van een multidisciplinair elektronisch medisch dossier dat de continuïteit van zorg verzekert tijdens het verblijf in de gevangenis, bij overbrenging naar een andere gevangenis of bij vrijstelling.*

*De kosten voor een vrij gekozen arts vallen zoals voorheen ten laste van de gedetineerde. (cfr. abonnement in een "Wijkgezondheidscentrum" of een "Maison médicale à forfait" extra muros).*

2.5. Beperking van de tussenkomst van de FOD Justitie

*De tussenkomst van de FOD Justitie is slechts noodzakelijk zolang de gedetineerde niet kan terugvallen op de sociale zekerheid en zelf zijn bijdragen niet kan betalen.*

### **3. Instituut Gezondheidszorg Gevangenissen**

*Het Instituut Gezondheidszorg Gevangenissen is het overkoepelend orgaan om deze gezondheidszorg in de*

gevangenissen tot een coherent, gecoördineerd en efficiënt geheel uit te bouwen. Zoals in een ziekenhuis of een verzorgingsinstelling staan een hoofdgeneesheer en een administratief directeur aan het hoofd. Zij krijgen ondersteuning van professionele en juridische experts.

*Missie van het Instituut Gezondheidszorg Gevangenissen:*

- In permanent overleg en samenwerking met de penitentiaire overheden, integratie van het algemeen beleid en beheer van de gezondheidszorg van ons land in de gevangenissen.
- Aansturen van de diensten voor gezondheidszorg in de gevangenissen.
- Overleg en samenwerking met de betrokken overheden en gespecialiseerde organisaties voor zorg en preventie.
- Brugfunctie naar overheidsinstanties en naar wetenschappelijke instanties op gebied van gezondheidszorg (kenniscentrum, universiteiten, etc..).

*Zoals voor ziekenhuizen of verzorgingsinstellingen stelt Volksgezondheid de normen voor personele en materiële noodwendigheden vast op basis van medische criteria.*

- Quota zorgverleners in dienstverband, uurquota voor zelfstandigen.
- Medische uitrusting.
- Voor de geneeskundige zorgen zijn er een voldoende aantal zorgverleners maar de forfaitaire vergoeding en de uurquota die hen worden toebedeeld zijn te beperkt geworden door de toename van de gevangenispopulatie. In de psychiatrische zorg is er evenwel een belangrijke tekort aan gekwalificeerd personeel (psychiaters, psychologen zorg). Bovendien beantwoorden personele middelen van de zorgequipes in de psychiatrische afdelingen (psychologen, ergotherapeuten, opvoeders,...) niet aan de normen van Volksgezondheid op dit gebied.

*Financiering van het Instituut Gezondheidszorg Gevangenissen door de bevoegde overheid (RIZIV, Gemeenschap, ...).*

*Bij nieuwe initiatieven dient het Instituut bij de bevoegde overheid (RIZIV, Gemeenschap, ...) dossiers voor erkenning en financiering in.*

- vb. begeleiding van diabetespatiënten zoals buiten de gevangenis, van methadonpatiënten,....., therapeutische gemeenschappen voor druggebruikers.

*De Minister van Volksgezondheid definieert het algemeen beleid en beheer van de gezondheidszorg in de gevangenissen. Het is dus logisch dat de Minister van Volksgezondheid de ministeriele voogdij op zich neemt. Deze voogdij bevestigt bovendien de professionele onafhankelijkheid van de zorgverleners. Als tegenprestatie verkrijgt de Minister van Justitie een kwaliteitsvolle gezondheidszorg in de gevangenissen.*

#### **4. Het Beheerscomité Gezondheidszorg Gevangenissen**

*In het Beheerscomité zetelen de vertegenwoordigers van de betrokken partijen (Justitie, Volksgezondheid, RIZIV, Gemeenschappen?)*

*Het Beheerscomité heeft toezicht op het Instituut Gezondheidszorg Gevangenissen.*

*De vertegenwoordigers in het Beheerscomité hebben ook een brugfunctie naar hun overheden.*

*Unaniem goedgekeurd op 12 februari 2009.*