



Rekenhof



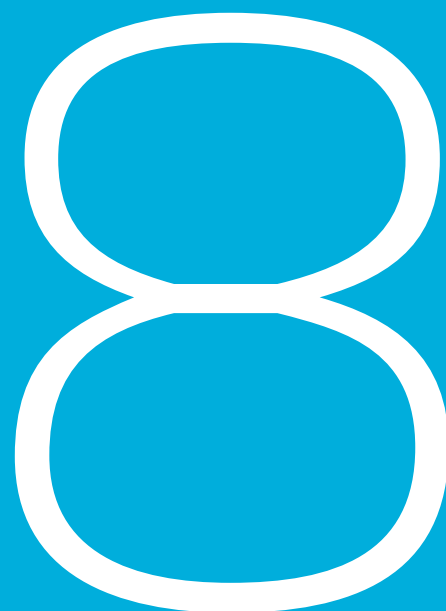
Maatregelen tegen de overbevolking in de gevangenissen



Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers
Brussel, december 2011

Alternatieve opvang van geïnterneerden

Hoofdstuk



8.1 Omschrijving van de maatregel

Internering is een beveiligingsmaatregel die tezelfdertijd ook therapeutische zorg beoogt voor delinquenten die ontoerekeningsvatbaar zijn bij het plegen van een delict. Dit wordt geregeld door de wet van 1 juli 1964¹³⁴. De beslissing tot internering (art. 7) wordt genomen door de onderzoeksgerechten (raadkamer en kamer van inbeschuldigingstelling) of de vonnisgerechten (correctionele rechtbank, hof van beroep of hof van assisen). De Commissies ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) voeren de beschikkingen tot internering uit en plaatsen de geïnterneerde (art. 14) of laten hem op proef vrij, wanneer zijn geestestoestand voldoende verbeterd is en de voorwaarden voor zijn reclassering vervuld zijn (art.18). De internering is een maatregel van onbepaalde duur. De CBM's beslissen over de invrijheidstelling.

Het totaal aantal geïnterneerden in België wordt niet systematisch opgevolgd en is bijgevolg moeilijk te achterhalen. Uit een enquête bij de CBM's in 2009 bleken het er ongeveer 4000 te zijn¹³⁵. Ongeveer de helft ervan is vrij op proef en wordt begeleid door de justitiehuisen.

Geïnterneerden kunnen opgevangen worden in:

- een instelling van de FOD Justitie: een gevangenis (met psychiatrische annex) of een instelling ter bescherming van de maatschappij (IBM). Dit geldt voor ruim een vierde van het totaal aantal geïnterneerden.
- een psychiatrisch ziekenhuis onder de bevoegdheid van een gewest of gemeenschap, met behandeling volgens de normen van Volksgezondheid; samen ongeveer een tiende van de geïnterneerden.
- een particuliere psychiatrische inrichting: ongeveer 16 % van de geïnterneerden.

Er is een verschil tussen de twee landsgedeelten in de beslissingen van de CBM's. Nederlandstalige CBM's gaan vooral interneren via artikel 18 (een verplichte opname in een particuliere psychiatrische inrichting via vrij op proef). Een geïnterneerde onder artikel 18 valt onder de gewone ziekteverzekering. De kosten van opvang in een psychiatrische inrichting zijn voor het RIZIV en voor de patiënt zelf (eventueel neemt een ocmw het deel van de patiënt ten laste). De Nederlandstalige CBM's passen artikel 14 (plaatsing) alleen toe als de patiënt om een bepaalde reden niet in de ziekteverzekering geraakt, wat zeldzaam is. De kosten zijn dan voor Justitie. De Franstalige CBM's passen in een eerste fase bijna altijd artikel 14 toe. Sommige geïnterneerden worden later vrijgesteld op proef als overgang naar de definitieve invrijheidstelling.

Sinds 2000 stijgt het aantal geïnterneerden in de gevangenis en instellingen ter bescherming van de maatschappij voortdurend: van 640 op 1 maart 2000 tot 1.103 op 1 maart 2011. Waar ze in 2000 nog 7 % van de gevangenisbevolking uitmaakten, zijn ze nu goed voor 10 % van de Belgische gevangenispopulatie.

¹³⁴ Wet tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten.

¹³⁵ *Hand.* Senaat, 23 februari 2011, COM 5-43.

Onderstaande tabel specificeert in welke instellingen van de FOD Justitie geïnterneerden worden opgevangen.

Tabel 23 – Geïnterneerden in de instellingen van de FOD Justitie

	Gemiddelde dagelijkse bevolking geïnterneerden 2010	% geïnterneerden op totaal aantal gevangenen
Merksplas (IBM)	325,7	49,5
Turnhout (IBM)	68,1	39,1
Gent	102,1	27,1
Leuven hulp	43,6	23,1
Antwerpen	81,7	12,3
Brugge (vrouwenafdeling is ook IBM)	33,0	4,3
Totaal Vlaanderen	654,2	12,8
Paifve (IBM)	200,5	100
Jamioulx	35,2	10,6
Namur	16,3	8,4
Mons	29,3	7,3
Lantin	43,2	4,6
Totaal Wallonië	324,5	7,8
Vorst	102,7	16,8
Berkendael (IBM)	6,4	8,5
Totaal Brussel	109,1	8,4
Algemeen totaal	1095,7	10,4

Bron: Activiteitenverslag DG EPI 2010. Het algemeen totaal is iets hoger dan de som van de subtotaal omdat gevangenen die 1 of 2 geïnterneerden opnemen, niet in de lijst staan vermeld.

Er zijn grote regionale verschillen in het percentage geïnterneerden in de gevangenen. In Vlaanderen zitten de geïnterneerden gespreid over enkele gevangenen. In Wallonië zijn ze geconcentreerd in Paifve. Het aandeel geïnterneerden in de andere gevangenen is klein. In Brussel zitten de mannelijke geïnterneerden in de gevangenis van Vorst.

De uitgaven voor geïnterneerden in de instellingen van de FOD Justitie maken deel uit van de uitgaven van de strafinrichtingen in het algemeen (organisatieafdeling 51). Ondanks opmerkingen van het Rekenhof dat het vanuit beheers- en controleoogpunt wenselijk is dat de begroting specifieke informatie zou bevatten over de uitgaven voor internering in de strafinrichtingen is hierin nog geen verandering gekomen¹³⁶.

¹³⁶ Rekenhof, 155° Boek, Deel I (1998-1999), p. 299. Ter beschikking op www.rekenhof.be.

8.2 Beleid

8.2.1 Overzicht

Sinds 1996 zijn heel wat beleidsinitiatieven genomen om de situatie van de geïnterneerden te verbeteren. De belangrijkste worden in bijlage 3 opgelijst.

Er bestaat een consensus dat geïnterneerden recht hebben op kwaliteitsvolle zorg die in overeenstemming is met die in de vrije samenleving. Die consensus bestaat al sinds de publicatie van het rapport van de Commissie Internering van 1999 en het Federaal Veiligheids- en Detentieplan van 2000 en ze is in overeenstemming met internationale normen¹³⁷.

De centrale beleidsdoelstelling is sindsdien niet veranderd. Dat door de geïnterneerden geleidelijk uit de gevangenis te halen en ze naar aangepaste structuren te oriënteren ook de overbevolking in de gevangenis kan worden bestreden, wordt de eerste maal als expliciete doelstelling vermeld in de beleidsnota van Justitie voor 2007.

De klemtoon van de voorgestelde maatregelen in de beleidsnota's ligt op het versnellen van de uitstroom/doorstroom. Dat kan echter enkel volstaan als tegelijk de instroom van geïnterneerden in de gevangenis niet verder toeneemt. De nieuwe wet op de internering van 21 april 2007 bevat belangrijke bepalingen om het beslissingsproces aan de instroomkant te professionaliseren. Zo is er een systeem van accreditatie of erkenning van psychiatrische experts (art.5, § 2) als oplossing voor bepaalde kwaliteitsproblemen bij het psychiatrisch deskundigenonderzoek. Ook werd de taak van de Commissies voor Bescherming van de Maatschappij overgedragen aan de strafuitvoeringsrechtbanken om eenvormigheid in besluitvorming en methode te verkrijgen. De inwerkingtreding van deze wet is echter uitgesteld tot 1 januari 2012 omdat een aantal technische randvoorwaarden nog niet vervuld waren (zie 3.1.4). Omdat een aantal van die voorwaarden nog steeds niet zijn vervuld, is het twijfelachtig of de wet op 1 januari 2012 in werking zal treden. De koning kan wel elk artikel afzonderlijk vroeger in werking laten treden (art. 157). Momenteel is alleen artikel 120, eerste lid, over de overlegstructuur bij de FOD Justitie (zie verder), in werking getreden.

De regering heeft in 1999 het koninklijk besluit voor de instelling van een *Penitentiair Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum* (POKO of soms POKOC) goedgekeurd¹³⁸. In het 155^e boek van het Rekenhof¹³⁹ antwoordde de minister dat het POKO niet meteen zou worden opgericht vanuit budgettaire prioriteiten. Van 2000 tot 2007 waren de nodige personeels- en werkingskredieten opgenomen in een afzonderlijk budgettair programma (activiteitenprogramma 51/2) maar kwam het centrum nog steeds niet van de grond. De aanvankelijk uitgekozen site te Berkendael is onder druk van de overbevolking toegewezen aan de vrouwengevangenis. De minister stelde voor om het POKO onder te brengen in één van de twee FPC, maar hij zou ook andere (niet nader bepaalde) alterna-

¹³⁷ Regel 82 van de *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners van de VN*: 'Persons who are found to be insane shall not be detained in prisons and arrangements shall be made to remove them to mental institutions as soon as possible'.

¹³⁸ KB van 19 april 1999 tot instelling van een Penitentiair Onderzoeks- en Klinisch Observatiecentrum met het statuut van wetenschappelijke inrichting van de Staat

¹³⁹ Rekenhof, 155^e Boek, Deel I(1998-1999), p. 301. Ter beschikking op www.rekenhof.be.

tieven overwegen¹⁴⁰. Het ontbreken van een observatiecentrum betekent dat in België een expertise in de gevangenis gebeurt¹⁴¹.

8.2.2 Huidig beleid

De straf- en strafuitvoeringsnota van de minister van Justitie (2010) stelt dat “*tegen 2013 geïnterneerden die nu in de Belgische strafinrichtingen verblijven een plaats moeten krijgen in het externe forensische of reguliere zorgcircuit. Psychiatrische afdelingen van de gevangenissen zouden dan enkel nog dienen voor een restcategorie van inobservatiegestelden, inverdinkinggestelden met geestesstoornis of geïnterneerden die weder opgesloten worden en de zitting van de CBM afwachten*”. Ook in deze nota wordt de maatregel niet enkel als noodzakelijk gezien vanuit humanitair standpunt, maar ook als een manier om de gevangenispopulatie te doen dalen. Bij de bespreking van de nota in de Kamer stelde de minister dat verdere stappen op het vlak van de problematiek van de geïnterneerden prioritair zijn¹⁴².

In de beleidsnota Justitie 2010 worden drie acties voorgesteld om de doorstroom van geïnterneerden naar het forensische en reguliere circuit te bespoedigen:

1. het starten met de bouw en de aanbesteding voor de uitbating van de forensische psychiatrische centra te Gent en te Antwerpen;
2. de verdere uitbreiding van de capaciteit van het externe zorgcircuit;
3. de verdere uitbouw van de zorgequipes in de gevangenissen.

Voorts wil de minister onderzoeken hoe de nieuwe wet op de internering stapsgewijs in werking kan treden¹⁴³. Daarbij wil hij de wet evalueren, om hem zo nodig nog te actualiseren voordat hij, uiterlijk op 1 januari 2012, volledig in werking zal treden.

In recente beleidsnota's worden toetsbare doelstellingen geformuleerd voor de prestaties bij een aantal maatregelen (verhogen van het aantal plaatsen in het forensisch zorgcircuit met 560, de capaciteit van de 2 FPC's) maar nergens wordt geëxpliciteerd wat er van de maatregelen verwacht wordt op het vlak van de overbevolking.

8.2.3 Onderbouwing

Versnellen van de doorstroom

Het huidige beleid is grotendeels terug te voeren tot de beslissingen van de ministerraad van 30 en 31 maart 2004 en het daaruit voortvloeiende verslag van de werkgroep *Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit (2005)*, verder rapport-Cosyns genoemd.

Een belangrijk uitgangspunt van dit verslag is dat internering geen straf is. Geïnterneerden zijn zowel cliënten van justitie als patiënten van volksgezondheid. Justitie moet toezicht

¹⁴⁰ Straf- en strafuitvoeringsnota 2010, p. 29.

¹⁴¹ In Nederland gebeurt dit in de vorm van een residentiële observatie van meerdere weken in een penitentiair observatiecentrum (Pieter Baan Centrum te Utrecht). Heimans, H., *Ad Rem*, themanummer vrijheidsberoving, 2010.

¹⁴² *Parl. St. Kamer*, 24 maart 2010, DOC 52 2501/001 Straf- en strafuitvoeringsbeleid, p.43.

¹⁴³ *Parl. St. Kamer*, 24 maart 2010, DOC 52 2501/001 Straf- en strafuitvoeringsbeleid, p. 25. en *Hand. Senaat*, 5 februari 2009, 4-62, p. 59.

uitoefenen op het naleven van de verschillende fasen van de interneringsmaatregel en moet een volwaardige financiering voor de beveiligingsaspecten van het zorgcircuit waarborgen. Volksgezondheid draagt de verantwoordelijkheid voor de behandeling, begeleiding en re-habilitatie van de geïnterneerde¹⁴⁴.

Het concept *zorgcircuit* komt uit de geestelijke gezondheidszorg. De verschillende behandelingsfasen moeten overeenstemmen met de behoeften van de patiënt en een continu zorgtraject vormen. Volksgezondheid werkt vanuit die visie aan een ruimere hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België¹⁴⁵.

Gezien de verschillen in de specifieke voorzieningen formuleert het rapport-Cosyns aparte aanbevelingen voor beide landsgedeelten:

Franstalig:

- Omvorming van Paifve en Doornik (gewestinstelling) tot een forensisch psychiatrisch centrum (FPC);
- Renovatie en capaciteitsuitbreiding voor Paifve (al beslist op de ministerraad van 30 en 31 maart 2004);
- Forensische Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) ontbreken in het zorgcircuit en moeten worden gecreëerd.

Nederlandstalig:

- Oprichting van 2 FPC (al beslist op de ministerraad van 30 en 31 maart 2004). Dit onderdeel werd verder uitgewerkt in de ministerraad van 6 februari 2006¹⁴⁶.
- De proefprojecten die vanaf 2001 via projectsubsidies ‘medium risk’-geïnterneerden uit de gevangenis laten doorstromen naar de psychiatrische centra van Zelzate, Bierbeek en Rekem zijn succesvol¹⁴⁷ en moeten worden bestendig en uitgebreid.

Een aantal aanbevelingen geldt voor de twee landsgedeelten:

- Doorstroming, zeker van low risk geïnterneerden, naar het reguliere circuit moet mogelijk zijn.
- Er moet aandacht zijn voor wetenschappelijk onderzoek.
- Mentaal gehandicapten zouden via een aangepaste eenheid van een FPC moeten doorstromen naar een gespecialiseerd circuit.
- Het ziekenhuisstatuut en de financiering van de FPC moet worden geregeld.

¹⁴⁴ Werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit – Syntheseverslag mei 2005, p.3.

¹⁴⁵ Beleidsnota inzake geestelijke gezondheidszorg, mei 2005.

¹⁴⁶ “Masterplan voor geïnterneerden in Vlaanderen”. Dit plan werd later geïntegreerd in het grote Masterplan (zie hoofdstuk 7).

¹⁴⁷ Van midden 2001 tot oktober 2005 werden 281 medische opnames gerealiseerd.

Screening

Om de reële opvangnoden te bepalen werd in juni 2008 en augustus 2009 de populatie geïnterneerden in de gevangenis gescreend (onderstaande tabel).

Tabel 24 – Populatie geïnterneerden in de gevangenissen in 2009

	Low care	Medium care	High care	Totaal	%
Low risk	43	44	9	96	9 %
Medium risk	27	227	130	384	36 %
High risk	26	209	344	579	55 %
Totaal	96	480	483	1059	100 %

Bron: DGZG (EPI)

De termen *high*, *medium* en *low care* verwijzen naar de behoefte aan zorg. De termen *high*, *medium* en *low risk* verwijzen naar het risico opnieuw een misdrijf te begaan, wat implicaties heeft voor de beveiliging.

Patiënten zouden dynamischer moeten worden ingedeeld in high-, medium of low risk, want een patiënt blijft niet altijd in dezelfde categorie, en bovendien op basis van meer verfijnde en algemeen aanvaarde criteria. Daarvoor is echter bijkomend wetenschappelijk onderzoek vereist. Volgens experts moeten geïnterneerden met een laag risicoprofiel in het reguliere zorgcircuit worden opgenomen. Voor geïnterneerden met een gemiddeld of hoog risicoprofiel is een meer beveiligde omgeving nodig¹⁴⁸.

Wet op de internering van 21 april 2007

Sommige bepalingen van de nieuwe wet op de internering blijken niet goed te zijn onderbouwd. Tijdens de hoorzittingen die de goedkeuring van deze wet voorafgingen, waren de uitgenodigde experts kritisch. Het in het licht van deze audit belangrijkste punt van kritiek was dat de nieuwe procedure te rigide is. Het traject dat de wet uittekent, correspondeert niet noodzakelijk met het verloop van een gepaste behandeling binnen een zorgcircuit volgens de experts. De experts verwachtten dat het ontwerp de output van geïnterneerden uit de gevangenissen sterk zou vertragen en ze vonden dat, hoewel een nieuwe wet nodig was, het vrijmaken van middelen voor de opvang van geïnterneerden hun situatie meer zou verbeteren¹⁴⁹. Ondanks die kritische beschouwingen werd de wet goedgekeurd. Op één artikel na is hij echter tot nu toe niet uitgevoerd. Dat verklaart waarom de minister onderdelen van de wet wil evalueren voor ze in werking treden.

Die evaluatie gebeurt onder meer op basis van adviezen van de magistratuur, academische wereld en administratie. Een werkgroep Internering opgericht onder leiding van de

¹⁴⁸ Aanbevelingen van de werkgroep van het platform Justitie-Volksgezondheid aan de ministers van Justitie en Volksgezondheid betreffende de behandeling van de geïnterneerden in de forensisch psychiatrisch centrum van Gent en Antwerpen, 25 mei 2009

¹⁴⁹ *Parl. St. Kamer*, DOC 51 2841/004 en Pieters, F., "De strafuitvoeringsrechtbanken: Waar moet dat heen? Hoe zal dat gaan?" in Diverse auteurs, *Achter tralies*, Academia Press, 2009, p. 221.

procureur-generaal van Luik heeft een eerste lijst gemaakt van bepalingen in de wet die onderhevig zijn aan kritiek¹⁵⁰. Beleidsbeslissingen blijven uit, wellicht in afwachting van een regering met volledige bevoegdheden.

8.3 Toepassing van de maatregelen

De bespreking van de maatregelen beperkt zich tot de drie acties geformuleerd in het huidige beleid.

Bij de eerste twee acties zijn zowel Volksgezondheid als Justitie betrokken. De zorg en behandeling zijn een aangelegenheid van Volksgezondheid, de beveiliging een taak voor Justitie. Voor een optimale uitvoering is er dus overleg nodig. Dat overleg, zowel lokaal als federaal, is omschreven in artikel 120 van de nieuwe wet op de internering. Volksgezondheid krijgt daarin echter geen plaats. Het koninklijk besluit dat uitvoering geeft aan dit artikel (zie 1.3.3) regelt enkel overleg “op vlak van de strafuitvoering” tussen de magistratuur, het DG EPI en het DG Justitiehuis en houdt geen rekening met de realiteit van het zorgcircuit.

Er bestaan wel ad-hocwerkgroepen, zoals de werkgroep van het platform Justitie-Volksgezondheid die advies gaf over de behandeling van de geïnterneerden in de FPC van Gent en Antwerpen, maar er is geen permanente overlegstructuur tussen Volksgezondheid en Justitie.

Het is opmerkelijk dat in het managementplan 2008-2014 en het operationeel plan van 14/12/2009 van de FOD Justitie – DG EPI de doelstellingen over samenwerking met volksgezondheid zeer voorzichtig worden geformuleerd: *mogelijkheid tot samenwerking volksgezondheid verkennen (geïnterneerden)* en *op basis van een analyse voorstellen formuleren ten aanzien van alle relevante partners*. Blijkbaar hebben het DG EPI en de FOD Volksgezondheid nog nooit formeel samengewerkt, terwijl de regering al sinds 2006 een beleid voert dat samenwerking veronderstelt.

8.3.1 Forensische psychiatrische centra (FPC)

De regering wil tegen 2013 een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) bouwen in Gent (Wondelgemse Meersen) en in Antwerpen (Linkeroever), omdat er nu in Vlaanderen geen hoogbeveiligde opvang bestaat voor medium en high risk geïnterneerden die een behandeling biedt volgens de normen van Volksgezondheid. In Antwerpen gaat het om een instelling van 180 bedden, in Gent om 272 bedden. De bouw is opgenomen in het Masterplan 2008-2012 (hoofdstuk 7).

De sector zelf wordt ook betrokken. De minister van Justitie heeft bijvoorbeeld op 1 juli 2007 de vzw Platform Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent (een netwerk tussen zorgverstrekkers en wetenschappers – www.pfpcg.be) erkend als gesprekspartner bij de bouw van het FPC. Deze vzw heeft gedurende het ontwerpproces advies verleend aan zowel de Regie der Gebouwen als aan het ontwerpteam dat de bouwplannen van het FPC te Gent heeft getekend.

¹⁵⁰ Parl. St. Kamer, 24 maart 2010, DOC 52 2501/001 Straf- en strafuitvoeringsbeleid, p. 25.

Er is nog niets beslist over het statuut en de bekostiging van de FPC's. De keuze voor een gewone gevangenis, een psychiatrisch ziekenhuis of een mengvorm is nochtans bepalend voor wat volgt. Als de FPC's toch nog gewone gevangenissen zouden worden, bestaat het risico dat ze hetzelfde lot tegemoet gaan als de IBM. Hoewel de oorspronkelijke wet op de internering van 1930 de IBM als aparte instellingen zag binnen de strafinrichtingen voor de opvang van geïnterneerden, verschilt volgens het rapport-Cosyns de behandeling er niet van die in een gewone gevangenis. Het aspect zorg heeft er nooit de gewenste aandacht gekregen. Bovendien bepaalt het statuut de kostprijs (zorg kost meer dan bewaking) en het budget waarop de kosten worden aangerekend (FOD Volksgezondheid, RIZIV, Justitie).

De FOD Volksgezondheid subsidieert het zorgaanbod. Als de FPC ziekenhuizen worden, moeten ze een plaats krijgen binnen de wet op de ziekenhuizen en de wet op de ziekteverzekering¹⁵¹. Het RIZIV draagt dan de kosten voor behandeling en zorg. Er is nog niets beslist over welk forfait men zal gebruiken, welke referenties er per bed zullen worden gebruikt en op welke manier de ligdagprijs zal worden betaald. Het zorgtraject voor de geïnterneerden wordt onder leiding van de FOD Volksgezondheid voorbereid door de werkgroep van het platform Justitie-Volksgezondheid betreffende de behandeling van de geïnterneerden in de forensisch psychiatrisch centrum van Gent en Antwerpen. Die werkgroep heeft voor het FPC te Gent de kosten voor het verzorgend personeel geraamd (2009). Voor 272 patiënten zijn er, op basis van het zorgtraject van de werkgroep, 408,80 VTE nodig, wat op jaarbasis een kost van 22.484.000 euro betekent. Niettegenstaande de centra op korte termijn zullen worden opgeleverd, was er bij het afsluiten van deze audit geen overzicht van de totale werkingskosten van de FPC.

Hoewel er nog geen principiële beslissing is, volgt het beleid, op basis van de informatie die het Rekenhof verzamelde, momenteel het volgende scenario. De FOD Justitie bepaalt de veiligheidsnormen en draagt de bijkomende kosten van de beveiliging. Die zullen ten laste komen van het bestaansmiddelenprogramma van het DG EPI (51 02). Een raming van deze kosten is niet bekend.

Er zouden private uitbaters van de FPC's worden aangesteld. De kandidaat-uitbaters zouden volgens de minister nog inspraak moeten krijgen in het bouwproces, zodat bouwwerken en inhoudelijke werking op elkaar kunnen worden afgestemd, maar dat is ondertussen onrealistisch geworden voor andere kandidaat-uitbaters dan de vzw Platform Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent. Het aanstellen van een uitbater impliceert ook een duidelijke visie op het statuut en de financiering van de FPC, en die ontbreekt vooralsnog. Voor de aanbesteding van de uitbating hebben Justitie en Volksgezondheid in overleg een ontwerp van bestek ontwikkeld maar bij het afsluiten van de audit moest de ministerraad het dossier nog goedkeuren. Die beslissing is dringend. Als de FPC's effectief in 2013 en 2014 in gebruik worden genomen, moet de aanwerving en de opleiding van verzorgend personeel zo vlug mogelijk worden opgestart, gezien de krappe arbeidsmarkt.

¹⁵¹ Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 en wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

8.3.2 Uitbreiding van de capaciteit van het externe zorgcircuit

De uitbreiding van de capaciteit van het externe zorgcircuit is uitgewerkt in twee meerjarenplannen: een plan 2007-2010¹⁵² en een plan 2009-2012.

Het eerste plan bevatte drie groepen maatregelen:

Tabel 25 - Meerjarenplan 2007-2010¹⁵³

Maatregel	Prestatie	Aantal personen uit de gevangenis
1a Zorgcoördinator	6 werkingsgebieden	
1b Financiële impulsen voor instellingen die low-risk geïnterneerden opvangen	Vergoeding bij opname in reguliere instelling van 185,95 euro en eenmalige vergoeding van 200 euro voor overleg in zorgcircuit bij eerste aanmelding door CBM	150
2. Specifieke maatregelen voor medium-risk patiënten in gespecialiseerde voorzieningen in Vlaanderen en Brussel	418 bijkomende plaatsen ¹⁵³	288
3. Specifieke maatregelen voor medium- en high-risk patiënten in gespecialiseerde voorzieningen in Wallonië	Medische equipe voor 45 nieuwe bedden in Paifve (high-risk) en middelen voor extra omkadering voor Doornik (medium-risk)	85

Deze maatregelen moesten gefaseerd worden uitgevoerd, volgens de planning tegen 2010. In totaal moesten met dit plan 793 geïnterneerden de gevangenis kunnen verlaten: 523 geïnterneerden naar het externe zorgcircuit (zie tabel) en 270 naar het nieuwe FPC in Gent (het FPC Antwerpen wordt niet vermeld).

Het tweede plan stelt een totale bijkomende capaciteit van 560 plaatsen tegen 2012 voorop: 440 voor medium-risk geïnterneerden, 90 specifieke plaatsen voor seksueel delinquenten en 30 plaatsen voor mentaal gehandicapten met psychiatrische stoornissen. Het enige beschikbare document over dit plan is een fiche verkregen bij de FOD Volksgezondheid. Het plan 2009-2012 verwijst expliciet naar het rapport-Cosyns als bron voor de raming van de behoeften, maar er is geen enkele verwijzing naar het eerste plan. Een inschatting van het aantal effectief overgebrachte geïnterneerden bevat dit tweede plan niet. Volgens de FOD Volksgezondheid is het tweede plan een vervolg van het plan 2007-2010 voor de realisatie van bijkomende plaatsen voor medium-risk geïnterneerden. Vlaanderen, Brussel en Wallonië worden in dit tweede plan samengenomen.

¹⁵² Uitbouw van een zorgnetwerk voor geïnterneerden, notificatie 27/10/2006.

¹⁵³ Het gaat niet enkel om bedden in psychiatrische ziekenhuizen, maar ook om plaatsen in psychiatrische verzorgingstehuizen of initiatieven voor beschermt wonen, zodat geïnterneerden kunnen doorstromen in het zorgcircuit en niet meer onnodig opgenomen blijven in een ziekenhuis.

1a. Zorgcoördinator

De wettelijke basis van de functie van zorgcoördinator is artikel 120 tweede lid van de nieuwe wet op de internering: *Bij elke strafuitvoeringsrechtbank wordt een coördinator aangewezen om de samenwerking tussen, enerzijds, Justitie en, anderzijds, de zorgsector te vergemakkelijken en om alle initiatieven te ontwikkelen die het mogelijk maken de opvang van de geïnterneerden te verbeteren.* Er is nog geen koninklijk besluit om dit artikel uit te voeren.

De FOD Justitie heeft een lastenboek opgesteld om personen uit de zorgsector te werven en er waren ook kandidaten. Op de begroting van de FOD Justitie (51.32.12.33) waren ook middelen gereserveerd: 374.000 euro in 2008, 381.000 euro in 2009 en 375.000 euro in 2010. Bij gebrek aan een wettelijke basis werd echter niet tot aanwerving overgegaan en werden de middelen niet gebruikt. In de verantwoording van de algemene uitgavenbegroting 2011 verwijst de minister naar de ministerraadbeslissing van 24 maart 2011 om zorgcoördinatoren aan te werven als ambtenaar¹⁵⁴. Via een dienstnota en een uitgewerkt functieprofiel¹⁵⁵ probeert de FOD Justitie nu in afwachting deze coördinatoren te werven via een interne vacature voor vier ambtenaren. Er is geen apart begrotingsartikel meer in de begroting 2011. Een coördinator is al actief. Het gebrek aan wettelijke basis wilde de FOD oplossen door via een programmawet de nieuwe wet op de internering (art.156 bis) zo aan te passen dat de zorgcoördinatoren in afwachting zouden worden toegevoegd aan de CBM. Die aanpassing is echter niet gebeurd. Het zal bovendien moeilijk zijn om met vier ambtenaren de oorspronkelijke doelstelling te realiseren om bij elk van de zes werkingsgebieden iemand aan te stellen..

1b. Financiële impulsen voor instellingen die low-risk geïnterneerden opvangen

Artikel 121 van de nieuwe wet op de internering kent structureel subsidies toe voor instellingen die low-risk geïnterneerden opvangen. Er is echter nog geen koninklijk besluit om dit artikel uit te voeren.

Sinds 2008 zijn voor die subsidies middelen gereserveerd op de begroting Justitie (51.32.33.08): 459.000 euro in 2008, 459.000 euro in 2009 en 438.000 euro in 2010, maar bij gebrek aan koninklijk besluit werden ze niet uitgegeven.

Om al in 2006 onder de bestaande wet instellingen die low-risk geïnterneerden opnemen extra subsidies te geven, werd door de programmawet (II) van 27 december 2006, artikel 14, tweede lid, van de wet op de bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964 aangevuld als volgt: *De geschikte instellingen die geïnterneerden opnemen, kunnen daarvoor een subsidie ten laste van het budget van de Staat krijgen. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de categorieën van geïnterneerden voor wie de instellingen recht op die subsidie hebben, evenals de regels voor de toekenning van die subsidie.* Ook deze bepaling is nog niet door een koninklijk besluit uitgevoerd. Bovendien is artikel 18 van de wet van 1 juli 1964, waarin verwezen wordt naar instellingen die geïnterneerden opnemen in het kader van de reclasseringsvoorwaarden vrij op proef, niet op gelijkaardige wijze aangevuld,

¹⁵⁴ Parl. St. Kamer, 19 april 2011, DOC 53 1349/007 p.4.

¹⁵⁵ Dienstnota Justitie 24/11/2010 en bijlage 1 (functieprofiel).

waardoor de subsidiëring niet voor alle instellingen zal gelden (art.18 wordt vooral door de Vlaamse CBM's toegepast).

Aangezien de maatregelen 1a en 1b niet zijn uitgevoerd, kunnen ze nog niet aan de geplande doorstroom van 150 geïnterneerden uit de gevangenis hebben bijgedragen.

2. Specifieke maatregelen voor medium-risk patiënten in gespecialiseerde voorzieningen in Vlaanderen en Brussel

Bijkomende plaatsen voor medium-risk geïnterneerden worden gecreëerd via "B4-contracten" van het budget financiële middelen van de ziekenhuizen¹⁵⁶. Ook de bijkomende plaatsen voor seksueel delinquenten en mentaal gehandicapten volgen die regeling. B4-middelen zijn middelen die forfaitair de lasten dekken van een dertigtal zeer uiteenlopende initiatieven, waaronder deze "pilotstudies over de resocialisering van geïnterneerden". Ze worden toegekend op basis van jaarlijkse overeenkomsten tussen de instellingen en de minister van Volksgezondheid. De overeenkomsten omschrijven de zorgopdrachten die de contractant in het zorgtraject moet ontwikkelen. De projecten worden beheerd, opgevolgd en geëvalueerd door de FOD Volksgezondheid.

De financiering van het deel B4 gebeurt voor 77,23 % ten laste van het RIZIV en 22,77 % ten laste van de FOD Volksgezondheid.

In 2001-2002 werden naar aanleiding van een geslaagd proefproject forensische eenheden opgericht. Dat zijn psychiatrische ziekenhuizen binnen de algemene psychiatrie die bereid zijn om medium-risk geïnterneerden op te vangen. Deze projecten kregen hiervoor extra middelen van zowel de FOD Justitie als de FOD Volksgezondheid. Het rapport-Cosyns (2005) oordeelde dat deze projecten moesten worden bestendig en uitgebreid. De minister schroefde de subsidies vanuit Justitie voor deze projecten begin 2006¹⁵⁷ terug en de projecten werden ten slotte volledig overgeheveld naar Volksgezondheid waar ze als B4-contracten werden opgenomen. Nergens is echter geëxpliciteerd wat voor deze proefprojecten het totale uitgetrokken budget is, hoeveel bijkomende plaatsen ze moesten opleveren en hoe lang de uitvoering zou duren.

Het plan 2007-2010 zorgt voor de uitbreiding die het rapport-Cosyns had gevraagd.

In 2007 was er 9,6 miljoen euro uitgetrokken voor de B4-contracten: 3,5 miljoen voor het voortzetten van de proefprojecten en 6,1 miljoen uit het plan 2007-2010. Het plan 2009-2012 moest vanaf 2009 voor een jaarlijkse stijging van het budget met een kleine 5 miljoen euro zorgen, of ongeveer 20 miljoen euro bijkomende middelen op 4 jaar. In 2009 werden de middelen toegekend, in 2010 werd het budget niet goedgekeurd, maar voor 2011 is er opnieuw vijf miljoen euro beschikbaar.

¹⁵⁶ KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, art. 15, 24°.

¹⁵⁷ Hand. Kamer, 7 februari 2006, CRIV 51 COM 845,p.32.

Volgende tabel toont de totale jaarlijkse uitgaven sinds 2007 via de B4 overeenkomsten. In 2011 zullen de bestede middelen volgens de FOD Volksgezondheid 21,3 miljoen euro bedragen.

Tabel 26 – Financiële middelen besteed aan B4-contracten (in euro)

	2007	2008	2009	2010
Totaal bedrag uitgevoerd via B4 contracten	9.461.913	10.201.182	15.089.288	15.886.897

Bron: FOD Volksgezondheid

Afhankelijk van het beschikbare budget worden er jaarlijks bijkomende plaatsen gecreëerd naargelang van de noden op het terrein. Er zijn geen expliciete jaarlijkse doelstellingen. De FOD Volksgezondheid gaat in de praktijk verder dan wat gepland is in de meerjarenplannen. Uit het overleg met de sector vloeien initiatieven voort die niet in de plannen waren opgenomen, zoals de creatie van 11 'outreachingteams' die instaan voor de vervolgzorg buiten het ziekenhuis.

In 2006 waren er 48 plaatsen voor medium-risk geïnterneerden, gecreëerd in het kader van de proefprojecten uit 2001. Van 2007 tot april 2011 zijn er 553 plaatsen bij gekomen: 421 in het kader van plan 2007-2010 (evolutie in onderstaande tabel) en 132 in het kader van plan 2009-2012.

Tabel 27 – Bijkomende plaatsen voor medium-risk geïnterneerden in plan 1

	2007	2008	2009	2010	2011
Gerealiseerde bedden – jaarlijks plan 1	246	85	45	30	15
Gerealiseerde bedden – cumulatief plan 1	246	331	376	406	421

Bron: FOD Volksgezondheid

De 132 bijkomende plaatsen in het kader van plan 2009-2012 werden in 2009 gerealiseerd (waarvan 57 voor medium-risk geïnterneerden en 75 voor seksueel delinquenten). Door het niet toekennen van de middelen voor 2010 werden er dat jaar geen bijkomende plaatsen gecreëerd.

Het plan 2007-2010, met als doelstelling 418 bijkomende plaatsen, werd in 2011 volledig gerealiseerd. Het plan 2009-2012 heeft achterstand opgelopen. Op twee jaar tijd zijn slechts 132 bedden van de geplande 560 (24 %) gerealiseerd. De geplande 30 plaatsen specifiek voor mentaal gehandicapten met psychiatrische stoornissen zullen met de middelen van 2011 gerealiseerd worden.

Tot nu toe is er nog geen structurele financiering voor de opvang van geïnterneerden in het externe zorgcircuit. De FOD Volksgezondheid wacht de verwezenlijking en evaluatie van de meerjarenplannen af, wellicht tegen 2015. Het eerste plan loopt volgens de FOD in 2011 ten einde met de implementatie van de 15 laatste plaatsen in OPZ Rekem. Voor zover de budgetten jaarlijks worden uitgetrokken, zal pas eind 2013 het plan 2009-2012 afgerond zijn.

3. Specifieke maatregelen voor medium en high-risk patiënten in gespecialiseerde voorzieningen in Wallonië

Dit onderdeel uit het plan 2007-2010 komt deels tegemoet aan de vraag uit het rapport-Co-syns om de voorzieningen in Wallonië te laten evolueren in de richting van een FPC. Toch lijkt het onwaarschijnlijk dat deze maatregelen zullen leiden tot de verwachte doorstroom van 85 gevangenen naar het externe zorgcircuit in Wallonië.

De medische equipe voor de 45 nieuwe bedden in de aangepaste vleugel in Paifve is er nog niet. De bedoeling is de financieringsnorm van een psychiatrisch verzorgingstehuis toe te passen, waardoor ze recht hebben op een medische equipe, terwijl een 'gewone' plaats in Paifve gefinancierd wordt zoals elke andere plaats voor gedetineerden. In het plan 2007-2010 was, ook in het kader van de B4-contracten van de FOD Volksgezondheid, een budget van 168.498 euro uitgetrokken voor de medische omkadering in Paifve. Paifve heeft echter nog geen concreet plan uitgewerkt ter verantwoording van de uitgetrokken middelen. In afwachting wordt in Paifve wel geïnvesteerd in een specifieke opleiding voor het bewakingspersoneel en in een betere samenwerking met het externe zorgcircuit¹⁵⁸.

Wat de middelen betreft voor extra omkadering voor Doornik zijn er sinds 2007 in het kader van het plan 2007-2010 51 medium-risk plaatsen bijgekomen.

Bovenop wat gepland was, werden er in 2009 op het budget van het plan 2009-2012 nog 40 bijkomende plaatsen in Dave gecreëerd.

8.3.3 Zorgequipes

De dertien psychiatrische afdelingen in de gevangenis en de inrichtingen tot bescherming van de maatschappij moeten kunnen beschikken over een multidisciplinaire zorgequipe. De doelstelling, samenstelling en werking van die zorgequipes wordt geregeld door de ministeriële omzendbrief nr. 1800 van 7 juni 2007.

De zorgequipes moeten de fysieke, psychische en sociale mogelijkheden van de geïnterneerde herstellen of optimaal behouden, mee met het oog op de overgang naar een volgende behandelingsfase in het forensisch psychiatrisch zorgcircuit. De reguliere psychiatrie neemt immers vooral mensen op met al voldoende basisvaardigheden.

De focus van deze maatregel ligt vooral op humane detentie. Ondanks de noodzaak van de maatregel voor de overgang naar de volgende behandelingsfase is het effect op de overbevolking moeilijk te evalueren en wellicht miniem.

Daarbij rijst de vraag of de FOD Justitie het best deze zorg organiseert. In 2002 wilde de minister de kwaliteit van de zorg en behandeling op de psychiatrische afdelingen van de strafinrichtingen verbeteren door de intramurale zorg aan psychiatrische klinieken uit te besteden (beleidsnota 2002). Om dit voor te bereiden werd een proefproject gestart in de gevangenis van Gent en van Namen. Dat proefproject bleek alleen in Gent succesvol te zijn en heeft verder geen uitbreiding gekend.

¹⁵⁸ DG EPI, Activiteitenverslag 2010.

De zorgequipes worden gefinancierd met personeelsmiddelen van de Dienst Gezondheidszorg Gevangenis (DGZG activiteitenprogramma 51/3). Dit programma omvat de kredieten om de kosten voor de medische en paramedische verzorging van gedetineerden en geïnterneerden te dragen. Tot in 2006 was er vooral een kader van verpleegkundigen bij deze dienst. Met de oprichting van de zorgequipes in 2007 werden daar andere zorgverstrekkers (psychiater, psycholoog, maatschappelijk assistent, ergotherapeut, psychiatrisch verpleger, opvoeder) aan toegevoegd. Eind 2010 waren er 80,25 VTE zorgverstrekkers. Dat volstaat om de dertien zorgteams volledig in te vullen (zes zorgverstrekkers per team volgens omzendbrief 1800). In de praktijk zijn niet alle zorgteams even groot. Volgens de minister is niet voor elke inrichting een volledige invulling van het zorgteam nodig. Dit is afhankelijk van de grootte van de psychiatrische annex, het aantal geïnterneerden enz.¹⁵⁹

Niettemin vond het Comité ter preventie van folteringen van de Raad van Europa na zijn bezoek aan de psychiatrische annexen van Lantin en Jamioulx dat de omkadering in Jamioulx te beperkt was om de doelstelling uit de basiswet, namelijk zorg verstrekken die vergelijkbaar is aan die in de vrije samenleving, te realiseren¹⁶⁰.

8.4 Monitoring en evaluatie

Er bestaat geen centraal opvolgingssysteem om te registreren hoeveel geïnterneerden en met welk risicoprofiel vanuit de gevangenis doorstromen naar het externe zorgcircuit. Er zijn slechts enkele momentopnames beschikbaar. De DGZG zou daarover permanent gegevens moeten bijhouden omdat zij het beste overzicht heeft. Daarvoor ontbreekt personeel. Om het effect van de maatregelen correct te kunnen inschatten, moet ook de instroom worden opgevolgd. Uit occasionele gegevens blijkt immers dat een deel van de geïnterneerden in de gevangenis al uit het externe zorgcircuit komt. In de gevangenis van Vorst bijvoorbeeld zit ook een aantal geïnterneerden die terugkomen van Doornik en Paifve. In mei 2010 stroomden 21 geïnterneerden uit Vlaamse gevangenis door naar de reguliere psychiatrie, maar keerden er 27 uit de reguliere psychiatrie terug (waarvan 19 naar Merksplas). Het resultaat was dus negatief.

De aanbevelingen van het rapport-Cosyns hadden veel aandacht voor een evaluatiecel of een wetenschappelijk kenniscentrum om de doelstellingen te toetsen, als verantwoording aan de Kamer. Ook Volksgezondheid en het RIZIV, die de kosten dragen, vragen een geïntegreerde opvolging. Het Centre de recherche en défense sociale (Doornik) en het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (OPZC te Rekem) voeren forensisch psychiatrisch onderzoek uit, maar deze centra richten zich vooral op klinisch onderzoek en doen geen beleidsevaluatie.

¹⁵⁹ Hand. Senaat, 5-43COM.

¹⁶⁰ Rapport au gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 septembre au 7 octobre 2009, Strasbourg, 23 juillet 2010, p. 62.

8.5 Effect op de overbevolking

Omdat gegevens ontbreken over het aantal en het risicoprofiel van de geïnterneerden die zijn doorgestroomd naar, of rechtstreeks zijn ingestroomd in het externe zorgcircuit, zijn uitspraken over de effectiviteit van de beleidsmaatregelen moeilijk.

Sinds de publicatie van het rapport-Cosyns in 2005 en de uitwerking van de beschreven beleidsmaatregelen sinds 2007, is het aantal geïnterneerden in de Belgische gevangenissen alleen maar toegenomen, ondanks de toename van 553 plaatsen in het externe zorgcircuit. Die toename van externe plaatsen werpt alleszins nog onvoldoende vruchten af. Omdat de horizon voor de realisatie van het merendeel van de maatregelen 2013 is, is het echter nog te vroeg om een definitief oordeel te vellen.

8.6 Conclusies

Het huidige beleid zet de beleidsbeslissingen voort die zijn genomen in uitvoering van de aanbevelingen uit het rapport-Cosyns van mei 2005. Die aanbevelingen zijn grotendeels omgezet in beleid, uitgezonderd de vraag naar meer wetenschappelijk onderzoek. De beslissing om bepaalde aspecten van de wet op de internering van 2007 te evalueren, is goed onderbouwd: de evaluatie gebeurt op aanraden van, en door deskundigen uit de sector. In recente beleidsnota's worden meetbare doelstellingen geformuleerd voor de prestaties bij een aantal maatregelen. Die zijn gebaseerd op een screening van de populatie geïnterneerden die nog wel verfijnd moet worden. Nergens expliciteren de beleidsnota's echter wat er van de maatregelen verwacht wordt op het vlak van de overbevolking.

De focus van de voorgestelde maatregelen in de beleidsnota's ligt vooral op het versnellen van de uitstroom/doorstroom. Dat kan echter enkel volstaan als tegelijk niet nog meer geïnterneerden in de gevangenis instromen. De nog niet uitgevoerde wet op de internering bevat belangrijke bepalingen om het beslissingsproces aan de instroomkant te professionaliseren. Daarom is het belangrijk dat de artikelen die wél op een brede instemming vanuit de sector kunnen rekenen, snel worden uitgevoerd.

Waar het concept 'zorgcircuit' een geïntegreerde benadering veronderstelt, is de verantwoordelijkheid voor de realisatie ervan verdeeld over (verschillende diensten binnen) Justitie en Volksgezondheid, zonder dat er sprake is van gestructureerd overleg. De concrete overlegstructuur is louter op justitie gericht en dus ongepast voor zo een geïntegreerde aanpak.

De meerjarenplannen voor de uitbreiding van dit externe zorgcircuit zijn moeilijk als referentiekader te hanteren. Waar het plan 2007-2010 nog meerdere samenhangende maatregelen bevatte met concrete doelstellingen voor de doorstroom van geïnterneerden en duidelijk het voorwerp is geweest van een regeringsbeslissing, bestaat het plan 2009-2012 uit slechts enkele punten op een A4-tje waarmee louter de verhoging van het aantal plaatsen wordt beoogd. De herkomst en status van dit plan is onduidelijk. Op basis van de documenten is niet duidelijk wat het verband is tussen deze twee plannen onderling, en met de proefprojecten uit 2001. Volgens de FOD Volksgezondheid gaat het om opeenvolgende plannen. De FOD Volksgezondheid leidt uit deze plannen geen jaarlijkse doelstellingen af. Het jaarlijks beschikbare budget wordt ingezet om in overleg met de sector volgens de noden op het terrein

bijkomende capaciteit te creëren. Dit leidt in de praktijk tot meer initiatieven dan gepland. Van 2007 tot april 2011 werden 553 bijkomende plaatsen gecreëerd in het externe zorgcircuit. Het plan 2007-2010 werd in 2011 volledig gerealiseerd. In 2009 werden 132 plaatsen uit het plan 2009-2012 gecreëerd. In 2010 werden er geen middelen goedgekeurd, waardoor de uitvoering van plan 2009-2012 achterstand heeft opgelopen.

De aanbesteding van de private uitbating van de FPC is dringend als de uitbater of de overheid tijdig het nodige personeel wil aanwerven en opleiden. Bovendien is nog niets beslist over het statuut en de bekostiging van de FPC. Inzicht in de totale werkingskosten ontbreekt. Dat is niet alleen belangrijk voor deze uitbating maar ook voor de evolutie van Paifve en Doornik naar een volwaardig FPC.

De uitvoering van de maatregelen die de geïnterneerden naar het zorgcircuit moeten helpen doorstromen, blijft deels uit. Er is nog maar één zorgcoördinator actief en impulsen voor opvang van low-risk geïnterneerden ontbreken. Voor geen van beide is er een koninklijk besluit ter uitvoering. De medische equipe in Paifve is niet opgericht.

De overheid gaat niet na wat het effect is op de overbevolking van de maatregelen om de uitstroom van geïnterneerden te bevorderen. Er zijn geen gegevens over het aantal en het risicoprofiel van de geïnterneerden die zijn doorgestroomd naar of rechtstreeks zijn ingestroomd in het externe zorgcircuit. Het Rekenhof constateert dat het aantal geïnterneerden in de gevangenissen blijft toenemen.