

18 okt 2017 -01:23

Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) doet voorstellen tot verbetering van de gezondheidszorg in de gevangenis

Er zijn plannen om de bevoegdheid voor gezondheidszorg in gevangenissen over te hevelen van de minister van Justitie naar die van Volksgezondheid. Ter voorbereiding werd aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) gevraagd om de huidige zorgorganisatie in de gevangenissen in kaart te brengen, en om hervormingsvoorstellen te formuleren. Vele gevangenen in ons land verkeren in een slechte gezondheid. Ze gebruiken vaak geneesmiddelen, vooral psychofarmaca. Gemiddeld raadplegen ze jaarlijks 18 maal een huisarts en 3 maal een psychiater, maar tussen de gevangenen en gevangenissen is er een grote variabiliteit. De zorgverleners in gevangenissen zijn vaak zeer toegewijd, maar de zorg kampt met vele problemen: te weinig financiële en menselijke middelen, gebrek aan coördinatie, zorgcontinuïteit, communicatie, opleiding en de bevoegdheden zijn versnipperd. Het KCE stelt een aantal scenario's voor ter verbetering, zodat de zorg aan gevangenen gelijkwaardig wordt met deze buiten de gevangenis, zoals de internationale en Belgische wetgeving het vereisen.

Van Justitie naar Volksgezondheid

De Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners van de Verenigde Naties van 2015 (ook de 'Mandela Rules' genoemd) bepalen dat de zorg van gevangenen van een goede kwaliteit moet zijn. De Rules vermelden drie belangrijke principes: een zorg gelijkwaardig aan die van de reguliere samenleving, zorgcontinuïteit en een klinische onafhankelijkheid van de zorgverleners.

Deze drie principes worden ook expliciet vermeld in de Belgische wetgeving (Basiswet gevangenissen van 2005). Deze wet werd echter nog maar gedeeltelijk geïmplementeerd. Uit talrijke buitenlandse voorbeelden blijkt bovendien dat voor de naleving van deze principes, de zorg in de gevangenissen best onder de bevoegdheid van de minister van Volksgezondheid valt. Momenteel is de minister van Justitie nog steeds verantwoordelijk voor deze gezondheidszorg.

Vandaag bestaat uiteindelijk de politieke wil om deze bevoegdheid over te hevelen naar de minister van Volksgezondheid. Om deze overdracht voor te bereiden hebben beide ministers samen een stuurgroep opgericht. Deze verzocht op zijn beurt het KCE om de huidige zorgorganisatie in de gevangenissen in kaart te brengen, en om hervormingsvoorstellen te formuleren.

Hoog geneesmiddelengebruik, vooral voor geestelijke gezondheidsproblemen

Infectieziekten, psychische aandoeningen en druggebruik komen zeer vaak voor in onze gevangenissen. Een ontoereikende zorg in de gevangenissen heeft een slechte gezondheid als gevolg, binnen en later, buiten de muren. Daarom is de penitentiaire zorg niet enkel van belang voor de gevangenissen zelf, maar voor de volledige samenleving.

In het jaar van de studie verbleven 26.511 personen minstens voor 1 nacht in de gevangenis. Bijna 80% van hen ontving een voorschrift voor een geneesmiddel. Veruit het grootste aantal voorschriften was voor psychofarmaca.

Vooraf huisarts en psychiater worden geraadpleegd

In elke gevangenis is er een medische dienst. De gevangenissen van Sint-Gillis en Brugge hebben binnen hun muren ook een zogenaamd Medisch Centrum, waar ook gevangenen van elders naartoe kunnen gaan om een specialist te zien. De gevangenis van Lantini kan gebruik maken van een externe beveiligde afdeling in het Luikse ziekenhuis CHR la Citadelle,

Binnen de FOD Justitie is de centrale 'Dienst Gezondheidszorg van de Gevangenissen' (DGZG) verantwoordelijk voor de organisatie, coördinatie van en het toezicht op de zorgverlening in gevangenissen.

Jaarlijks heeft een gevangene gemiddeld 24 consultaties bij een arts, waarvan ongeveer 18 bij een huisarts. De huisartsen spelen een centrale rol in de medische diensten. Zij hebben meestal een zelfstandig statuut, met vaak nog een eigen praktijk buiten de gevangenis.

Huisartsen kunnen ook doorverwijzen naar interne of externe specialisten, of naar een ziekenhuis. Van de specialisten worden psychiateren het vaakst geraadpleegd, met jaarlijks gemiddeld 3 consultaties per gedetineerde.

Naast huisartsen zijn er in de gevangenissen ook nog o.a. verpleegkundigen en kinesitherapeuten actief. De meerderheid van hen (85%) is in dienst van Justitie. Daarnaast wordt ook een beroep gedaan op o.a. tandartsen en psychologen, die onder verschillende statuten werken.

Grote variabiliteit in zorggebruik tussen gevangenen en gevangenissen

De KCE-onderzoekers stelden vast dat het aantal consultaties o.a. relatief hoger lag bij nieuwe gevangenen, bij de leeftijdsgroepen tussen 40 en 50 en bij de 60plussers, bij vrouwen en bij geïnterneerden (die lijden aan een mentale aandoening en die ontoerekeningsvatbaar werden verklaard).

Het aantal consultaties lag dan weer lager bij gevangenen in voorarrest, zonder verblijfsvergunning of EU-burgers die niet in België zijn geregistreerd, en bij gevangenen die geen Nederlands of Frans spreken. Opmerkelijk is ook dat gevangenen soms ook een arts consulteren voor niet-medische doeleinden.

Ook tussen de gevangenissen werd er een grote variabiliteit in het gebruik van zorg vastgesteld (zie figuur), en dit kan niet enkel worden verklaard door verschillende kenmerken van de gevangenisbevolking (bv meer geïnterneerden).

Gemiddeld aantal medische consultaties per gevangenis per jaar in 2015

Jaarlijks ruim €43 miljoen

Jaarlijks besteedt de FOD Justitie (en het RIZIV voor een klein gedeelte) ruim €43 miljoen aan zorg voor volwassenen die effectief in de gevangenis verblijven.

Het grootste deel van dit laatste bedrag (60%) gaat naar personeel, 37% naar zorg (waarvan 13% voor externe en 24% voor interne zorg), en 3% naar de zorgorganisatie. Ook hier blijken er grote verschillen te bestaan tussen gevangenen inzake gemiddelde zorgkosten per gevangene per jaar.

Een reeks van problemen

De mensen die vandaag betrokken zijn bij de gevangeniszorg vinden de huidige (financiële) middelen ontoereikend om een goede zorgkwaliteit te bieden. Zo werd er een tekort aan medewerkers, modern materiaal en infrastructuur, loopbaanvooruitzichten en opleidingsmogelijkheden gemeld. Daarnaast worden de zelfstandige zorgverleners vaak laattijdig betaald en worden er voortdurend kostenbesparende maatregelen genomen. Dit alles zorgt ervoor dat het voor hen minder aantrekkelijk is om in een gevangenis te werken.

Daarnaast is er een moeilijke overdracht van medische informatie tussen de externe zorgverleners en deze in de gevangenis. Daardoor wordt de zorgcontinuïteit niet altijd verzekerd bij de aankomst van de gevangene en bij zijn vrijlating.

Het vervoer naar een Medisch Centrum of naar een lokaal ziekenhuis voor een raadpleging met een specialist vergt ook een complexe, tijdrovende logistiek. Daardoor kan het tot 2 weken duren vooraleer de consultatie kan plaatsvinden, en moeten vele afspraken uiteindelijk nog worden afgezegd.

Bovendien werd België reeds herhaaldelijk terechtgewezen door het Europees Comité voor de Preventie van Foltering omdat het principe van gelijkwaardigheid niet wordt gewaarborgd: in Belgische gevangenen is er onvoldoende medisch personeel, en geïnterneerden verblijven niet altijd op een afzonderlijke afdeling.

Door de zesde staatshervorming (2012) werden ook verschillende bevoegdheden inzake gezondheidszorg overgeheveld van de federale overheid naar de gewesten en gemeenschappen, wat ook een impact heeft op de zorgorganisatie. Een groot aantal partijen zijn nu actief in de penitentiaire zorg, en tussen hen ontbreekt vaak de nodige communicatie en coördinatie, en is er soms overlap.

Bovendien worden gevangenen niet, zoals de rest van de Belgische bevolking, gedekt door de verplichte ziekteverzekering, omdat hun zorg wordt betaald door de FOD Justitie. Dit kan een belemmering vormen voor hun toegang tot gezondheidszorg bij de vrijlating.

Scenario's ter verbetering

De overdracht van de bevoegdheid van de minister van Justitie naar die van Volksgezondheid vormt een uitstekende aanleiding om werk te maken van de reorganisatie en verbetering van de penitentiaire zorg.

Het KCE ontwikkelde hiervoor een hele reeks aanbevelingen voor alle betrokken partijen. Het stelt o.a. mogelijke scenario's voor, per domein: de eerstelijnszorg (bv huisarts), de zorg door specialisten, de geestelijke gezondheidszorg en de tandzorg. Daarbij pleit het voor een interdisciplinaire aanpak, met in elke gevangenis een zorgcoördinator, die de zorg van alle betrokken partijen op elkaar moet afstemmen, en met een meer performante, centraal aansturende DGZG. Deze DGZG moet kunnen beschikken over de nodige financiële en menselijke middelen om deze taken naar behoren te kunnen vervullen.

Om het aantal nodige zorgverleners te berekenen, moet men zich baseren op de zorgbehoefte van de

gevangenen en de specifieke context van de gevangenis. Op basis van het huidige aantal gezondheidsproblemen lijkt het erop dat dit aantal zal moeten worden uitgebreid.

Alleszins zou, wanneer een persoon in de gevangenis aankomt, er een uitgebreide gezondheidsintake moeten gebeuren, met aandacht voor de lichamelijke, psychische en sociale aspecten. Het individueel zorgplan, dat dan wordt opgesteld, moet de basis vormen voor de verdere multidisciplinaire zorg en voor de communicatie met de zorgverleners buiten de gevangenis, ook na de vrijlating van de gevangene. Ten slotte moeten de principes van de verplichte ziekteverzekering ook op gevangenen van toepassing zijn.

Het KCE beveelt aan om deze scenario's in 3 tot 4 gevangenissen te testen, vooraleer deze op nationaal niveau in te voeren. Hoe dan ook, gaat het om een ingrijpende hervorming, die veel tijd zal kosten en de nodige investeringen zal vereisen.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be