

Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent binnenstebuiten

RUBEN VAN DEN AMEELE^a, KATELIJNE SEYNNAEVE^b, JORIS DHEEDENE^c
& ANGRETHA WONGSOWIKROMO^d

- ^a Hoofd zorglijn, FPC Gent (Corresp.: ruben.van.den.ameele@fpcgent.be).
^b Coördinator extern zorgcircuit geïnterneerden, FOD Justitie.
^c Coördinator zorgtraject geïnterneerden, FOD Volksgezondheid.
^d Projectmedewerkster FPC Gent, FPC Kijvelanden, Rotterdam.

1. INLEIDING EN CONTEXT

De problematiek van internering was de afgelopen jaren onderwerp van heel wat discussies en acties en dit zowel op overheidsniveau als op het terrein, niet in het minst naar aanleiding van een aantal veroordelingen van de Belgische Staat door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM). In het kader van de Meerjarenplannen Internering zijn al heel wat initiatieven ontwikkeld, zoals de medium-security zorgcircuits. Er zijn in Vlaanderen inmiddels ook eenheden opgericht op de campus van psychiatrische ziekenhuizen voor de behandeling van geïnterneerden met een mentale beperking. Er werden netwerkcoördinatoren aangesteld en recent werden ook mobiele equipes internering (schakelteams) opgericht. Een uitvoerige beschrijving van deze recente ontwikkeling zou ons binnen dit kader echter te ver leiden.

Voor talloze geïnterneerde personen blijft de situatie echter nog altijd onaanvaardbaar. Velen van hen verblijven nog steeds in een voor hen onaangepast gevangenisregime met weinig of geen perspectief op een passende behandeling.

In deze bijdrage schetsen we de achtergrond waarbinnen het concept van een Forensisch Psychiatrisch Centrum vorm heeft gekregen en lichten we toe wat de verwachtingen zijn die gesteld worden. Daarnaast wordt tevens de werkwijze van het Forensisch Psychiatrisch Centrum te Gent uiteengezet.

De doorstroming van geïnterneerden naar het externe zorgcircuit (van residentieel tot ambulante) verloopt moeizaam omwille van uiteenlopende redenen. Naast capaciteitsproblemen worden geïnterneerden veelal geweigerd op basis van hun profiel, i.e. complexe pathologieën, comorbiditeit en meervoudige diagnoses, een nog te exploreren hulpvraag, een gebrekkige motivatie of onvoldoende aanknopingspunten voor een behandeling. Zij worden ook geweigerd op basis van hun graad van maatschappelijke gevaarlijkheid, i.e. op basis van de aard of de ernst van de door hen gepleegde delicten of de pathologie. Diegenen met een hoge kans op recidive in strafbare feiten of met een hoge kans op agressief gedrag worden veelal geweigerd in het reguliere zorgcircuit. Bepaalde geïnterneerden staan soms heel lang op wachtlijsten voor externe hulpverleningsvoorzieningen, maar komen er niet terecht omdat ze niet de meest 'geschikte kandidaat' zijn.

Hoofdzakelijk geïnterneerden die geen al te hoge veiligheidsvereisten stellen en met geen al te complexe problematiek maken kans op een aangepaste begeleiding of behandeling binnen het extern hulpverleningsaanbod. Hoe dan ook overstijgt de vraag echter ruim het aanbod. Ook een heropname in het extern hulpverleningscircuit na het schenden van voorwaarden tijdens een vrijstelling-op-proef is allerminst een evidentie en veelal moeilijk te realiseren. Het is nochtans eigen aan het profiel van een groot deel van deze populatie dat zij met hardnekkige of chronische problematieken te kampen heeft, blijvende ondersteuning en omkadering noodzakelijk is en crisismomenten niet uitgesloten zijn.

Er is bijgevolg ook nood aan zorg voor geïnterneerden in een omgeving met verhoogde beveiliging. Een gevangenis is immers geen ideale setting waar zorg en kwaliteit van leven geboden kunnen worden aan personen met een interneringsstatuut. De oprichting van een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) kadert in de betrachting om een maximum aan geïnterneerden een kwaliteitsvolle opvang buiten de gevangenissen te bieden, ook diegenen met een verhoogd hervalrisico of nood aan verhoogde beveiliging.

Eén van de aanbevelingen van de werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit (2005), onder leiding van prof. dr. COSYNS, betrefte de oprichting van twee Forensisch Psychiatrische Centra in Vlaanderen. Dit werd aanzien als een eerste en noodzakelijke stap in de uitbouw van een volwaardig Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit. De beslissing om een FPC op te richten werd reeds op de ministerraad van 30 en 31 maart 2004 genomen (REKENHOF, 2011).

Het FPC heeft niet het statuut van een gevangenis, noch van een ziekenhuis, maar wel van federale instelling dat als centrum zorg biedt gelijkaardig aan deze die in een psychiatrisch ziekenhuis geboden wordt, doch in een hoger beveiligde omgeving.¹

Een FPC heeft als schakel in een breed uitgebouwd zorgcircuit een meerwaarde. Detentieschade kan beperkt of voorkomen worden. De opname en de behandeling in een FPC kan de overgang naar het externe zorgcircuit voorbereiden en faciliteren. Door middel van een behandelaanbod kan er immers therapeutisch gewerkt worden zodat er aanknopingspunten voor behandeling komen indien deze er nog niet zouden zijn. Op een bepaald moment is er misschien geen al te hoge beveiligingsvereiste meer, doch voor de meeste geïnterneerden zal wel nog een zorgbehoefte of nood aan omkadering blijven bestaan.

In november 2014 opende het FPC te Gent zijn deuren. Het centrum biedt plaats aan 264 mannelijke geïnterneerden die er een aangepaste behandeling krijgen en voor wie een hoog beveiligingsniveau geïndiceerd is. De nadruk wordt gelegd op de interactie met de bestaande hulpverleningssector en op het feit dat het FPC een schakel vormt in een zorgcircuit, alzo wordt een leemte in het bestaande hulpverleningslandschap ingevuld.

De finaliteit is het realiseren van een behandel- en zorgtraject zowel intern in het FPC als naar externe voorzieningen en actoren toe. De behandel-eenheden die van het FPC deel uit maken, dienen complementair te werken met de externe voorzieningen die een behandelaanbod hebben, alsook met hen samen te werken in functie van de uitstroom uit de gevangenissen en ter realisatie van een vervolgtraject na een opname in het FPC.

2. BEHANDELING IN HET FPC GENT

2.1. Milieutherapie

Het therapeutisch kader waarbinnen de behandeling in het FPC plaatsvindt is de milieutherapie zoals beschreven door JANZING en KERSTENS (2012). Milieutherapie is het systematisch inzetten van de omgeving waarbinnen de patiënt of de groep patiënten verblijft en waarbinnen ook de behandeling van de patiënt plaatsvindt.

In het FPC Gent wordt een onderscheid gemaakt tussen twee soorten therapeutische milieus, respectievelijk het supportieve en het sociaal-therapeutische milieu.

¹ Wettelijke grond wat de oprichting van het FPC betreft: bij Koninklijk besluit van 1 juli 2014 (BS 11 juli 2014) in uitvoering van artikel 14, tweede lid, van de wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en de gewoontemisdadigers zoals gewijzigd door de Programmawet (I) van 26 december 2013, werd het forensisch psychiatrisch centrum gelegen te Gent aangewezen als forensisch psychiatrisch centrum georganiseerd door de Federale overheid. Financieringsgrond: Koninklijk besluit van 19 december 2014 in uitvoering van artikel 56, § 3ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de forensische psychiatrische centra, BS 29 januari 2015.

Binnen het **supportieve milieu** staat de ondersteuning van de individuele patiënt centraal. De focus binnen dit milieu ligt op (1) het oefenen van vaardigheden met het oog op het zo zelfstandig mogelijk leren leven en (2) het aanvaarden van onveranderbare beperkingen. Binnen dit milieu wordt de ondersteuning en de behandeling zo sterk mogelijk afgestemd op de individuele mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Naast deze individuele focus wordt binnen het supportieve milieu ook 'antiregressief' gewerkt. Dit houdt in dat aan de hand van persoonlijke begeleiding patiënten worden geholpen die terugvallen in meer of minder ernstige vormen van regressie in de context van een psychotische problematiek of stemmingsstoornissen. Concreet richt het supportieve milieu zich hoofdzakelijk op patiënten met een psychotische problematiek, mentale beperking, emotionele overgevoeligheid, autisme spectrum stoornis of psychomotorische problemen.

Binnen het **sociaal-therapeutische milieu** staat de continue wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving centraal. De behandeling binnen dit milieu is gericht op het verbeteren van de sociale aanpassing van de patiënt. Dit houdt in dat de patiënt enerzijds dient te leren zichzelf aan te passen aan de omgeving en anderzijds om de omgeving op een constructieve wijze aan te passen aan eigen noden en wensen. Het doel is het verstevigen dan wel opbouwen van een passende sociale identiteit en het aanleren van diverse sociale rollen. Het werken met de groepsdynamiek staat centraal binnen dit milieu. Dit milieu richt zich op patiënten met een primaire persoonlijkheidsproblematiek.

2.2. Afdelingsgebonden therapie

Naargelang hun psychiatrische problematiek worden patiënten onderverdeeld in de verschillende therapeutische milieus. Deze milieus krijgen vorm in de **specifieke afdelingen** waar de patiënt verblijft. Binnen het FPC Gent betekent dit dat patiënten kunnen verblijven op een sociaal-therapeutische afdeling dan wel binnen een supportieve afdeling, waarbij bij deze laatste een bijkomend onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten met een primaire psychotische problematiek, patiënten met een mentale beperking en patiënten die verblijven op een afdeling voor zeer intensieve zorg.

Op afdelingsniveau vindt de **risicomanagementgroep** plaats waarbij patiënten hun risicofactoren op delictgedrag leren kennen en hanteren en waarbij ze risicogedrag bij de andere patiënten leren herkennen. Dit gebeurt onder andere aan de hand van delictpresentatie, psycho-educatie, groepsbesprekingen en cognitieve gedragstherapie met een focus op het leren kennen en bewerken van disfunctionele cognities, aanleren van alternatieve gedragsvormen en keuzes leren maken tussen verschillende gedragsalternatieven.

Op afdelingsniveau wordt eveneens per patiënt een **vroegsignaleringsplan** opgesteld volgens het forensisch protocol vroegsignalering zoals beschreven door FLUTTERT (2012). Deze plannen worden gebruikt om vroege signalen van ontsporingsgedrag te leren herkennen en verdere escalatie van gedrag te voorkomen. Dit plan wordt door de patiënt samen met zijn individuele begeleider opgesteld en omvat een concrete omschrijving van vroege signalen, mogelijke acties en een specificatie van verantwoordelijkheden. De patiënt geeft zijn begeleiding het mandaat om waar nodig in te grijpen conform de beschreven acties in het vroegsignaleringsplan.

Tot de afdelingsgebonden therapieën behoren ook de groepsgebonden **vaktherapieën**. Deze zijn er op gericht om op een non-verbale, expressieve manier met risicofactoren om te gaan. Patiënten kunnen via deze therapieën leren om zich op een andere manier uit te drukken en te oefenen met nieuwe gedragsalternatieven. Vaktherapieën die binnen FPC Gent georganiseerd worden zijn beeldende therapie, muziektherapie, dramatherapie en psychomotore therapie.

2.3. *Zorgprogramma's*

Op indicatie worden patiënten ingeschreven in één of meerdere zorgprogramma's (bijvoorbeeld agressiehantering, verslavingsproblematiek, seksuele problematiek, psychotische problematiek, mentale beperking). Deze indicatiestelling gebeurt tijdens de multidisciplinaire behandelplanbespreking en in overleg met de patiënt om zodoende tot een zo optimaal mogelijke samenwerking te komen. Deze zorgprogramma's worden afdelingsoverstijgend georganiseerd, waarbij wel een onderscheid wordt gemaakt tussen zorgprogramma's binnen het sociaal-therapeutische dan wel het supportieve behandelmilieu. Los van de specifieke thematiek van de respectievelijke zorgprogramma's is elk van deze programma's erop gericht om het delictrisico bij de patiënten terug te dringen via het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedragsalternatieven en het vergroten van inzicht in de problematiek. Hiervoor wordt een ruime waaier van methodieken gebruikt, waaronder psycho-educatie, specifieke trainingen, cognitieve gedragstherapie en non-verbale therapieën.

De zorgprogrammering binnen FPC Gent is geen statisch pakket, maar dient mee te evolueren met de specifieke noden van de patiënten die aanwezig zijn binnen het FPC. Belangrijk is ook dat algemene modules aangevuld kunnen worden met modules gericht op specifieke problematieken, zoals autisme spectrumstoornissen.

2.4. *Weekrooster*

Elke patiënt die in het FPC Gent verblijft, krijgt een weekrooster met zijn persoonlijke planning gebaseerd op zijn behandelplan. Dit individueel rooster toont letterlijk het continuüm in behandeling dat nagestreefd wordt binnen het FPC Gent: nieuwe vaardigheden en inzichten die aangeleerd worden tijdens de verschillende therapieën kunnen op de afdeling geoefend worden.

2.5. *Risicomanagement als kern van de behandeling*

De finale doelstelling van een behandeling in FPC Gent is het risico op nieuwe delicten te verminderen en de achterliggende oorzaken van het delictgedrag weg te nemen of beheersbaar te maken, en dit met het oog op een veilige terugkeer naar de samenleving. Risicomanagement, het beheersbaar maken van de risico's op delictgedrag, vormt de kern van dit traject. Dit betekent dan ook dat wanneer het risico op recidive tot een aanvaardbaar niveau is verminderd, maar de achterliggende psychiatrische stoornis nog behandeling behoeft, vanuit het FPC Gent wordt geadviseerd dat een opname binnen het FPC als hoogbeveiligde setting niet langer noodzakelijk is. De behandeling kan op dat moment worden verder gezet in een minder beveiligde forensische setting dan wel in een reguliere voorziening binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Risicomanagement is een proces dat wordt geënt op vijf aandachtsgebieden die tijdens het behandeltraject voortdurend in wisselwerking staan: de behandeling van de achterliggende stoornis; de behandeling van het delictgedrag; systematische risicotaxaties; externe controle op maat; behandelacties gericht op resocialisatie. De achterliggende theoretische grondslag hierbij is gebaseerd op het biopsychosociaal model, het Risk Needs Responsivity model (ANDREWS & BONTA, 2006) en het Good Lives Model (WARD & MARUNA, 2007).

Tot slot dient vermeld te worden dat het persoonlijk netwerk van de patiënt een essentiële schakel binnen de behandeling vormt. Dit houdt in dat belangrijke personen uit het netwerk actief betrokken worden binnen de behandeling en dit door middel van screening van contacten van de patiënt, netwerkgesprekken, bezoekmogelijkheden op de afdeling,

uitgaansvergunningen en verloven bij de familie, ... Betrokkenheid van het netwerk van de patiënt bij de behandeling is essentieel, zowel in functie van risicotaxatie als re-integratie.

2.6. In-, door- en uitstroom

Het FPC Gent neemt een patiënt op naar aanleiding van een plaatsingsbeslissing door de Commissie tot Bescherming van de Maatschappij (CBM). Bij volledige bezetting wordt de geïnterneerde op de wachtlijst geplaatst waarbij het uitgangspunt voor opname de chronologische plaatsingsbeslissing is. Patiënten stromen in via de onthaal- en observatie-eenheid waarbij, na een individueel aanpassings- en stabilisatieprogramma, wordt toegewerkt naar een verpleeg- en behandelplan. Dit plan wordt in overleg met de patiënt vastgesteld en dit binnen een tijdsspanne van drie maanden na opname. Na het vaststellen van het verpleeg- en behandelplan kan de patiënt doorstromen naar de doorgedreven behandel eenheid van waaruit de patiënten kunnen participeren aan de diverse zorgprogramma's. Afhankelijk van de individuele vorderingen op vlak van behandeling en risicomangement kunnen patiënten in een verdere fase doorstromen naar de minder beveiligde resocialisatie- en re-integratie-eenheden. Deze vorderingen worden minimaal om de zes maanden besproken op een multidisciplinaire behandelplanevaluatie. Op deze behandelplanbespreking wordt telkenmale ook de vraag gesteld of behandeling in een hoog beveiligde forensische setting wel verder noodzakelijk is voor die patiënt, of dat behandeling ook verder gezet zou kunnen worden in een minder beveiligde forensische setting dan wel binnen een reguliere (psychiatrische) zorgvoorziening.

Elke stap die gezet wordt binnen het FPC is dus sterk meegekleurd door de rehabilitatiegedachte, dit om enerzijds de plaatsen binnen het FPC te benutten voor die patiënten die effectief een hoog beveiligde behandelsetting nodig hebben en anderzijds om een maximale uitstroom en dus nieuwe vrije plaatsen voor andere geïnterneerde personen in het FPC te creëren.

Uitstroom uit het FPC naar een externe (forensische of reguliere) zorginstelling is mogelijk vanuit elke eenheid. Patiënten hoeven dus niet noodzakelijk het volledige traject te doorlopen. Het FPC Gent adviseert de bevoegde CBM over de uitstroom en stippelt voor de desbetreffende patiënt een re-integratietraject uit. Het komt de CBM toe te oordelen over de geschikte verblijfssituatie en de omkadering van geïnterneerde personen. Wanneer de CBM zich principieel akkoord kan verklaren met het voorgestelde re-integratietraject en een plaats in het externe zorgcircuit wordt gevonden, dient de plaatsing door de CBM in een vrijstelling-op-proef te worden omgezet of dient een overplaatsing te gebeuren.

3. PLAATS IN HET ZORGCIRCUIT

Zoals gesteld past het verblijf van een geïnterneerde persoon in het FPC Gent in een perspectief van verdere uitstroom naar een extern (forensisch) psychiatrisch zorgcircuit of reguliere (psychiatrische) zorg. Het FPC Gent is in die zin te beschouwen als een schakel in een ruimer forensisch zorgnetwerk. Ook de verschillende interne behandel eenheden kunnen elk afzonderlijk als complementair aan een ruimer extern behandel aanbod aanzien worden. Een noodzakelijke voorwaarde voor deze manier van werken is dat de (geestelijke) gezondheids- en welzijnssector, die de zorg na een behandeling in het FPC mee op zich moet nemen, zich organiseert en open stelt om een effectieve uit- en doorstroom te kunnen realiseren en idealiter een volledig zorgcircuit mogelijk te maken.

In dit kader is het vermeldenswaardig dat het verder uitbouwen van een degelijk forensisch-psychiatrisch zorgcircuit de afgelopen jaren in een stroomversnelling is gekomen. Het

federaal meerjarenplan voor de uitbouw van een zorgtraject voor forensisch-psychiatrische patiënten (het zogenaamde plan VANDEURZEN-ONKELINX, 2009) is hierin toonaangevend. Dit plan wordt in verschillende fasen uitgerold. Momenteel is de tweede investeringsronde achter de rug. Deze tweede fase richtte zich heel specifiek naar vermaatschappelijking van zorg en vlotte overgangen tussen de verschillende echelons binnen het zorgaanbod voor geïnterneerden. Er werden per hof van beroep netwerkcoördinatoren internering² aangesteld, schakelteams zagen het levenslicht en verschillende verbeterprojecten werden opgestart om de hiaten in de zorg voor geïnterneerden zo adequaat mogelijk te dichten. Al deze nieuwe initiatieven moeten bijdragen tot een gedegen zorgcircuit voor geïnterneerden. Binnen dit zorgcircuit dient een waaier aan instellingen of voorzieningen in een divers aanbod te voorzien, aangepast aan de individuele behoeften en risicoprofiel van de geïnterneerden.

Het FPC is zoals gesteld een schakel in dit landschap. Om de onderlinge afstemming zo optimaal mogelijk te doen verlopen, dient het FPC nauw samen te werken met de netwerkcoördinatoren die door Justitie en Volksgezondheid werden aangesteld. Aansluitend zal ook worden afgestemd met de verschillende partners uit het netwerk, opdat een vlotte doorstroming naar de volgende trappen van het externe zorgcircuit kan worden georganiseerd. Voorbeelden van deze partners zijn gespecialiseerde instellingen voor de behandeling van geïnterneerden (zoals de medium security zorgcircuits), andere zorginstellingen, beschut wonen, ambulante begeleiding, instellingen voor personen met een handicap enzovoort.

4. CONCLUSIE

Het FPC Gent, als eerste FPC in Vlaanderen, staat voor grote uitdagingen. Het vertegenwoordigt een nieuwe zorgvorm in Vlaanderen, namelijk een instelling met psychiatrische behandeling voor 264 geïnterneerde patiënten met een hoge beveiligingsnood. Het FPC Gent heeft een opnameplicht (na plaatsingsbeslissing door de CBM) en stuurt patiënten niet terug naar de gevangenis omwille van gedragsescalatie. Behandelen en beveiligen gaan hand in hand, of eerder, behandelen is beveiligen en dit binnen een milieutherapeutisch kader. Dit creëert een interne dynamiek waarop ook de interne organisatie van het FPC dient ontwikkeld te worden. Het komen tot een efficiënte, performante én veilige organisatiestructuur is dan ook de eerste belangrijke opdracht die het FPC Gent, als opstartende organisatie, momenteel volop aan het realiseren is.

Een tweede belangrijke opdracht is het inschakelen van het FPC Gent in het bredere forensische en reguliere (psychiatrische) zorgnetwerk, zowel residentieel als ambulante. Dit houdt in dat het aanbod complementair dient te zijn ten opzichte van andere zorgverstrekkers, met name door zich enkel te richten op die patiënten die effectief een hoge beveiligingsnood hebben. Het is aan het FPC Gent om zich in die zin te profileren; het is aan de plaatsende instantie gerichte beslissingen dienaangaande te nemen.

Inschakelen in een zorgnetwerk betekent ook dat er samenwerkingsafspraken gemaakt worden met andere zorgvoorzieningen om de uitstroom uit het FPC Gent te kunnen garanderen voor die patiënten die niet langer een dergelijk hoog beveiligingsniveau nodig hebben. Flexibele en creatieve samenwerkingsvormen zullen nodig zijn om, ondanks de gekende drempels binnen het (forensische) zorglandschap, te komen tot een goed functionerend

² 'Coördinatoren extern zorgcircuit geïnterneerden' werden vanuit de FOD Justitie al aangesteld in 2012. Deze coördinatoren zijn werkzaam per hof van beroep, met uitzondering van het hof van beroep Brussel, waar momenteel nog geen dergelijke functie werd geïmplementeerd. Via de tweede investeringsronde van het meerjarenplan internering werden 'Coördinatoren zorgtraject geïnterneerden' aangesteld vanuit de FOD Volksgezondheid, eveneens per hof van beroep. In het hof van beroep Brussel voorzag Volksgezondheid in twee dergelijke coördinatoren; één voor het Nederlandstalig gedeelte en één voor het Franstalig gedeelte.

zorgcircuit waarbinnen elke forensische patiënt het zorg- en beveiligingsniveau kan krijgen waartoe hij geïndiceerd is.

De komst van het FPC Gent betekent een belangrijke sprong voorwaarts in het aanbieden van de noodzakelijke zorg voor geïnterneerde personen. De zorgketen voor deze doelgroep is weer een schakel rijker – een permanente opdracht blijft het realiseren van een vlotte doorstroom van de individuele patiënt doorheen deze keten.

REFERENTIES

- ANDREWS, D.A. & BONTA, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (fourth edition). Newark: Anderson Publishing.
- FLUTTERT, F. (2012). Forensisch Protocol Vroegsignalering. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 10(3), 10-12.
- JANZING, C. & KERSTENS, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- REKENHOF (2011). *Maatregelen tegen de overbevolking in de gevangenissen*, Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers, Verslag goedgekeurd in de algemene vergadering van het Rekenhof van 21 december 2011.
- WARD, T. & MARUNA, S. (2007). *Rehabilitation. Beyond the risk paradigm*. London: Routledge.
- WERK GROEP FORENSISCH PSYCHIATRISCH ZORGCIRCUIT (2005). *Syntheseverslag mei 2005*, Prof. P. COSYNS (voorzitter), 1-17.

PENOLOGIE EN VICTIMOLOGIE / PENOLOGY AND VICTIMOLOGY (2)

Publiek-private samenwerking in de context van de penitentiaire strafuitvoering. Evolutie of revolutie?

RUDY VAN DE VOORDE^a

- ^a Adviseur-generaal gevangenisdirecteur, momenteel gedetacheerd naar de centrale administratie als programmamanager van het Platform Publiek-Private samenwerking (Corresp.: rudy.vandevoorde@just.fgov.be).

1. INLEIDING

Sedert er sprake is van opeenvolgende Masterplannen die dienen te voorzien in het bouwen van zowel bijkomende gevangenscapaciteit als in vervangende capaciteit voor verouderde gevangenisinfrastructuur, is ook in het domein van de penitentiaire strafuitvoering publiek-private samenwerking (PPS) een breed gekend begrip. De commotie die er aanvankelijk heerste na de gunning van de uitbating van het Forensisch Psychiatrisch Centrum te Gent aan een privaat consortium maakt duidelijk dat de neuzen wat betreft het betrekken van private partners in de uitvoering van vrijheidsbepenkende (-berovende) straffen en maatregelen echter niet allemaal in dezelfde richting staan.

Het debat over het al dan niet uitbesteden van taken die de overheidsdiensten in België klassiek op zich hebben genomen, lijkt echter nog maar goed begonnen en ook in andere sectoren (sectoren die met varianten van 'veiligheidszorg' bezig zijn zoals politie en defensie¹) worden pistes volop verkend.

¹ Federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014, rubriek 6.4.2., p. 92 (wat betreft politie) en rubriek 9.3, p. 138 (wat betreft defensie).