

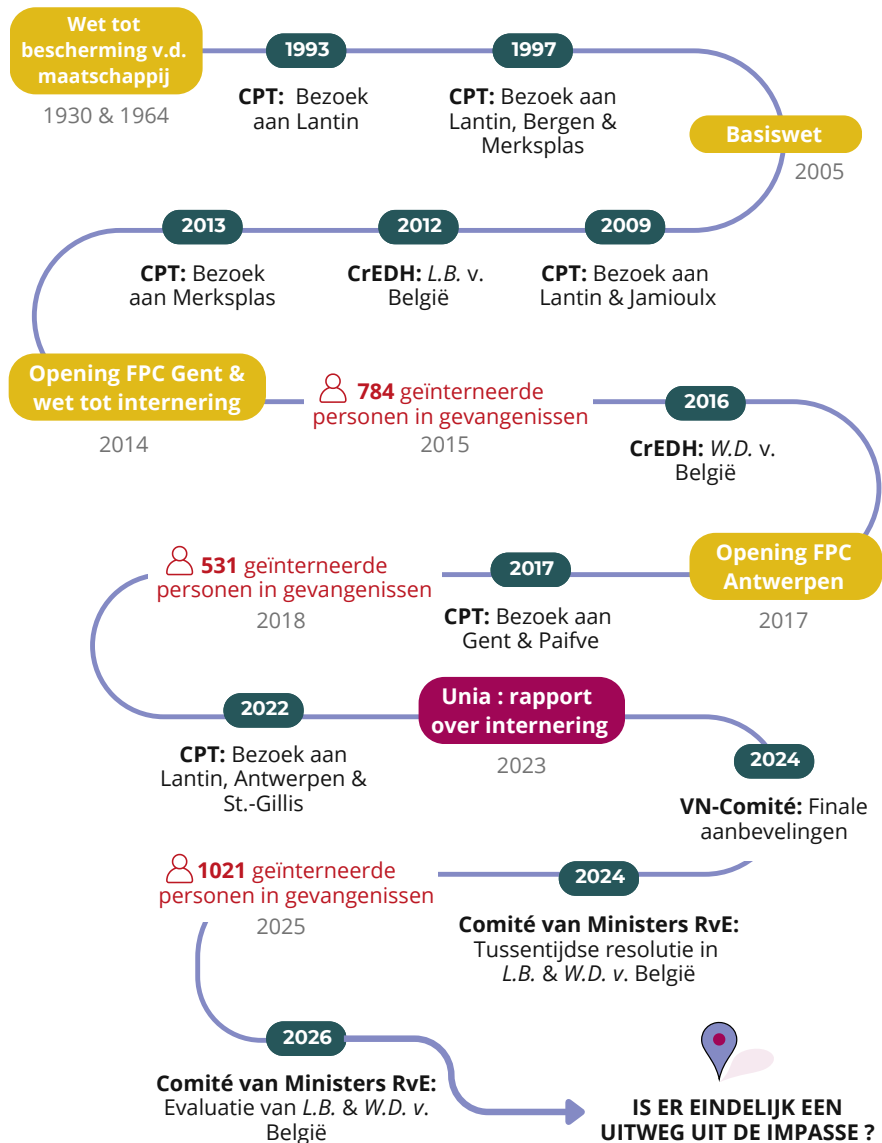
Geestelijke gezondheid in de gevangenis: een uitweg uit de impasse!



CTRG

Centrale Toezichtsraad
voor het Gevangeniswezen





Dankwoord

Unia en de Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen willen hun oprechte dank betuigen aan: de directies van de penitentiare inrichtingen, die hun medewerking verleenden en ervoor zorgden dat de bezoeken goed verliepen; alle personeelsleden voor hun beschikbaarheid en inzet; de geïnterneerden en gedetineerden voor hun welwillendheid en betrokkenheid bij de gesprekken.

Bericht aan de lezer

De vaststellingen in dit syntheseverslag zijn gebaseerd op de bezoeken aan vijf penitentiare inrichtingen en kunnen dus niet veralgemeend worden. Desondanks is het de verantwoordelijkheid van eenieder om de aanbevelingen op te volgen.

De vaststellingen van Unia en de Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen zijn grotendeels gebaseerd op de bepalingen van de basiswet van 12 januari 2005, de wet betreffende de internering van personen van 5 mei 2014 en het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap. Daarnaast worden soms aanvullende referenties, vooral van Europees niveau, gebruikt om specifieke rechten verder toe te lichten.

In dit rapport wordt de volgende terminologie gebruikt:

- **“patiënt-gedetineerden”** verwijst naar alle gedetineerde personen (geïnterneerden en niet-geïnterneerden) met geestelijke gezondheidsproblemen die door de zorgpsychiater en het zorgteam worden opgevolgd;
- **“zorgteam”** verwijst naar de zorgequipes voor geïnterneerden zoals omschreven in de ministeriële omzendbrief nr. 1800 van 7 juni 2007;
- **“zorgpsychiater”** verwijst naar de psychiater die, in de zin van de ministeriële omzendbrief nr. 1800 van 7 juni 2007, de therapeutische activiteiten bepaalt en de werking van het zorgteam stuurt;
- **“expert-psychiater”** verwijst naar de psychiater die deel uitmaakt van de psychosociale dienst en instaat voor de expertise en rapportering;

AFKORTINGEN



• BVM	Bijzondere veiligheidsmaatregel
• CPT	Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing
• CvT	Commissie van toezicht
• CTRG	Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen
• DGZG	Dienst gezondheidszorg van de gevangenen (penitentiaire administratie)
• DHG	Dienst voor hulpverlening aan gedetineerden
• EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
• EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
• FPC	Forensisch psychiatrisch centrum
• IBM	Inrichting tot bescherming van de maatschappij
• KB	Koninklijk besluit
• KBM	Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij
• PSD	Psychosociale dienst
• RvE	Raad van Europa
• VN-verdrag	VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap
• ZTG	Zorgtraject voor geïnterneerden

Dit rapport is in de mannelijke vorm geschreven omwille van de leesbaarheid.



DEFINITIES

GEÏNTERNEERDEN EN HET VN-VERDRAG

De Verenigde Naties zijn voorstander van een systemische en evolutieve definitie van de term 'handicap'. Volgens die definitie zijn personen met een handicap personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met verschillende drempels kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving. In die zin bevinden mensen met geestelijke stoornissen en/of een verstandelijke beperking zich in een situatie van handicap. In dit verslag wordt de term 'geestelijke gezondheidsproblemen' in de algemene betekenis gebruikt.

INTERNERING

Een persoon met een psychische stoornis die een als misdaad of wanbedrijf geclassificeerd feit pleegt dat de fysieke of psychische integriteit van derden schaadt of bedreigt, kan worden geïnterneerd. Het causale verband tussen de stoornis en het feit, evenals het risico dat de persoon nog meer misdrijven zal plegen, moeten worden aangetoond door een psychiatrisch deskundigenonderzoek. De interneringsmaatregel is een veiligheidsmaatregel die zowel gericht is op de bescherming van de samenleving als op het bieden van zorg aan de persoon, met het oog op zijn re-integratie.

REDELIJKE AANPASSINGEN

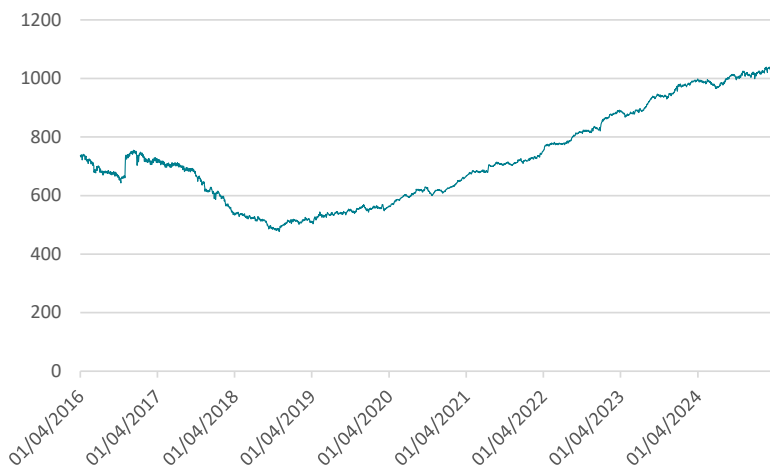
Een redelijke aanpassing is een concrete en individuele maatregel die de negatieve impact van een **onaangepaste omgeving** neutraliseert, zodat een persoon met een handicap toch kan participeren. Deze aangebrachte wijzigingen en aanpassingen mogen geen disproportionele of onevenredige belasting vormen.

INHOUDSTAFEL

INLEIDING	9
VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN	15
1. Dagelijks leven van patiënt-gedetineerden: vernederende leefomstandigheden	15
1.1. Infrastructuur en overbevolking	15
1.2. Materiële omstandigheden	17
1.3. Garanties en regimes	20
1.4. Activiteiten en werk	29
2. Personeel onder druk	35
2.1. Zorgpersoneel	35
2.2. Penitentiair personeel	42
2.3. Psychosociale dienst	47
2.4. Externe actoren/diensten	48
2.5 Communicatie en uitwisseling.....	51
3. De gevangenis, geen zorgvoorziening	54
3.1. Behandeling	54
3.2. Therapeutische activiteiten	56
3.3. Beheer van het medisch dossier	58
3.4. Zelfmoordpreventie	60
3.5. Re-integratie.....	62
4. Incidentenbeheer: balanceren tussen veiligheid, zorg en humaniteit	64
4.1. Tucht	64
4.2. Gebruik van dwang	67
4.3. Isolatie	70
4.4. Therapeutische maatregelen.....	73
4.5. Fouillering.....	74
4.6. Registers	77
CONCLUSIE	79
REGELGEVING	84
REFERENTIES.....	89

INLEIDING

In 2024 verbleven er meer dan 1000 geïnterneerde personen in de gevangenis.



NB: deze cijfers omvatten alleen degenen die definitief geïnterneerd en opgesloten zijn. Personen van wie de invrijheidstelling op proef is opgeschort en personen die op proef zijn vrijgelaten tijdens een voorlopige hechtenis, worden niet meegeteld.

Tegelijkertijd wordt het structurele probleem van de **overbevolking in de Belgische gevangenissen** steeds ernstiger en blijft het aantal vrije en gedetineerde personen met **psychische stoornissen toenemen** in de samenleving.

De algemene situatie is alarmerend, met name voor de 1000 geïnterneerden die in de gevangenis zitten zonder voldoende en geschikte therapeutische opvolging. Die situatie is bovendien **illegaal**, zowel volgens de Belgische wetgeving (**wet van 5 mei 2014 betreffende de internering van personen**) als volgens de internationaalrechtelijke instrumenten ter bescherming van

de mensenrechten (in het bijzonder het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, het Europees Verdrag voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing en het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap).

Tijdens zijn bezoek in 2017 stelde het Comité voor de Preventie van Foltering vast dat de psychiatrische structuren in de gevangenissen kampen met welbekende systemische problemen. Het Comité riep de Belgische autoriteiten op om het aantal opvangmogelijkheden uit te breiden, met name in het ziekenhuiscircuit; om de FOD Volksgezondheid meer te betrekken bij de zorgverlening aan geïnterneerden in penitentiaire inrichtingen; om een basisopleiding te voorzien over werken op psychiatrische afdelingen voor penitentiair beambten die in contact komen met geïnterneerden; om meer zorgpersoneel te voorzien in de penitentiaire inrichtingen en; om de protocollen voor het gebruik van isoleringspraktijken, mechanische dwangtuigen en gedwongen medicamenteuze behandelingen grondig te herzien.

In zijn zeer recente [slotopmerkingen van september 2024](#) heeft het VN-Comité inzake de Rechten van Personen met een Handicap internering geïdentificeerd als een van de belangrijkste aandachtspunten die België moet aanpakken. Het Comité beveelt de Belgische Staat aan om alle wetten en praktijken te schrappen die een specifiek systeem creëren op basis van een handicap, die vrijheidsberoving voor onbepaalde duur toestaan en die daardoor een regime instellen dat mogelijk strenger is dan het strafrechtelijke regime. Het VN-comité roept de Belgische Staat op om maatregelen te nemen die de re-integratie van geïnterneerden in de samenleving bevorderen. Bij gebrek aan significante en structurele vooruitgang sinds de eerste veroordelingen door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, nam de Raad van Europa in december 2024 tot slot [een interimresolutie](#) aan waarin België dringend wordt verzocht om zijn internationale verplichtingen inzake internering na te komen door sneller plaatsen te creëren voor geïnterneerden buiten de gevangenissen. Daarnaast wordt de Belgische Staat aangespoord om zorgtrajecten uit te bouwen die de doorstroom en uitstroom van geïnterneerden faciliteren. Tegelijkertijd zou op korte termijn, in afwachting van hun overplaatsing naar externe zorgvoorzieningen, het zorgaanbod

voor zowel geïnterneerden als voor andere gedetineerden met psychische problemen binnen de gevangenissen aanzienlijk moeten worden versterkt. Deze resolutie volgt op een advies, de zogenaamde 'mededeling 9.2', van het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens (FIRM), de Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (CTRG) en Unia gericht aan het Comité van Ministers van de Raad van Europa in het kader van de groep van zaken *LB t. België*.

Geestelijke gezondheidsproblemen komen vaker voor in de gevangenis dan in de algemene bevolking: 50% van de gedetineerden heeft een geestelijke stoornis en bijna 80% had ooit last van geestelijke gezondheidsproblemen¹. Gedetineerden hebben zeer uiteenlopende profielen en therapeutische behoeften, variërend van intellectuele handicaps tot psychotische stoornissen, maar ook gedragsproblemen, drugsverslavingen, complexe posttraumatische stressstoornissen en meervoudige aandoeningen en/of handicaps. Er verblijven ook ouderen met dementie in penitentiaire inrichtingen. Het gevangenisleven draagt bij aan de ontwikkeling of verergering van fysieke en mentale problemen. En het personeel moet al die personen, met al hun verschillende pathologieën, opvolgen.

Hoewel de **afdelingen tot bescherming van de maatschappij (ABM)**, in tegenstelling tot de psychiatrische afdelingen, wettelijk toegelaten plaatsen zijn voor de plaatsing van geïnterneerden, bevinden deze afdelingen zich **binnen de gevangensemuren waar er niet kan worden voldaan aan de doelstelling van zorgverlening en re-integratie dat ten grondslag ligt aan de interneringsmaatregel. Dit is in strijd met de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens**. De Belgische autoriteiten kunnen zich dus niet beperken tot een naamswijziging om de aanwezigheid van deze doelgroep in de gevangenis te legitimeren en gerechtelijke veroordelingen te vermijden.

De gevangenis is en blijft een totale instelling. De focus ligt er op veiligheid, vrijheidsberoving en risicobeheer.

¹ Favril, L., & Dirkzwager, A. (2019). De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland: een systematisch overzicht. *Tijdschrift voor criminologie*. 61(1). pp. 5-33.

Er moet een einde komen aan de opsluiting van geïnterneerden, zoals het federale regeerakkoord 2025-2029 benadrukt door te stellen: **“Geïnterneerden horen niet thuis in gevangenissen. Mensen die worden geïnterneerd hebben in de eerste plaats nood aan zorg.”** Voor patiënt-gedetineerden die niet geïnterneerd zijn, moet kwalitatieve zorg gelijkwaardig aan die voor de algemene bevolking beschikbaar zijn.

Mandaten en bezoeken

Op basis van hun respectievelijke mandaten bezochten Unia en de CTRG gezamenlijk vijf gevangenissen met een psychiatrische afdeling en/of een afdeling tot bescherming van de maatschappij.

Unia is een onafhankelijke interfederale openbare instelling die discriminatie bestrijdt en gelijkheid bevordert, en werd in 2011 aangesteld als het onafhankelijke controleorgaan belast met de promotie, de bescherming en de opvolging van de uitvoering van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap. Het VN-verdrag hanteert een ruime definitie van de term ‘handicap’ en beschermt ook de rechten van mensen met geestelijke stoornissen. De toezichtsactiviteiten van Unia moeten in die context gezien worden.

De **Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen** (hierna CTRG) is het federale orgaan dat is aangesteld om te waken over het respect voor de rechten en de menselijke waardigheid van gedetineerden. De CTRG werd opgericht door de basiswet van 12 januari 2005 en coördineert de commissies van toezicht die in alle Belgische penitentiaire inrichtingen actief zijn. Deze commissies tellen in totaal meer dan 500 vrijwilligers, die wekelijks gevangenissen en detentiehuizen bezoeken. Naast die permanente toezichthoudende functie is de CTRG verantwoordelijk voor het ondersteunen van de klachtencommissies bij het behandelen van individuele klachten van gedetineerden, maar ook voor het rapporteren aan de autoriteiten en het verlenen van advies. Voor 2024 en 2025 heeft de CTRG van geestelijke gezondheid in de gevangenis als prioritaire thema gekozen.

Op 26 april 2022 ondertekenden de CTRG en Unia een samenwerkingsprotocol om te waarborgen dat er bijzondere aandacht zou worden besteed aan personen met een handicap en discriminatie in detentieomgevingen. In dit kader bezochten de CTRG en Unia samen vijf gevangenissen. Naar aanleiding van elk bezoek werd een gedetailleerd rapport opgesteld met tal van vaststellingen over de rechten van patiënt-gedetineerden en aanbevelingen. Ze werden telkens aan de inrichting voorgelegd in het kader van een tegensprekelijke procedure. Deze rapporten zijn als bijlagen bij dit verslag gevoegd. Ze zijn ook beschikbaar op de websites van Unia en de CTRG.



- ▶ Bezoek van 3 dagen per instelling
- ▶ 5 gevangenissen
- ▶ Juni - september 2024



- ▶ Delegaties van 6 tot 8 pers.
- ▶ Waarvan minstens 1 expert-psiater



- ▶ 125 patiënt-gedetineerden
- ▶ 110 leden van het gevangenispersoneel
directie, beambten, zorgteams, etc.

Doel van het syntheseverslag

Dit verslag is een hulpmiddel dat de grootste uitdagingen voor personen mensen met psychische gezondheidsproblemen in de gevangenis en het personeel dat hen begeleidt, belicht.

Het kan op zichzelf worden gelezen of als aanvulling bij de rapporten ter attentie van elke bezochte penitentiaire inrichting, waarin heel wat verduidelijkingen en extra informatie te vinden zijn. Er worden vier thema's behandeld, met de focus op gedetineerden met een geestelijke stoornis: de leefomstandigheden, de situatie voor het personeel, de medische behandeling en de aanpak van incidenten. Elk hoofdstuk bevat een reeks gerichte aanbevelingen. Bovendien wordt er ingezoomd op de situatie van extra kwetsbare groepen (vrouwen, transgenders, ouderen, mensen van buitenlandse afkomst, mensen met een motorische beperking ...).

Met die aanbevelingen worden de bevoegde autoriteiten op het gebied van internering (de minister van Justitie, de minister van Volksgezondheid, het directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen, alle directies van penitentiaire inrichtingen en de wetgever) aangespoord om zich dringend in overeenstemming te brengen met de nationale en internationale normen waarop de aanbevelingen in kwestie gebaseerd zijn. Deze brochure moedigt ook een interdisciplinaire en collaboratieve aanpak aan. Ze is daarom ook gericht aan de magistraten, de kamers voor de bescherming van de maatschappij, mobiele equipes internering, actoren uit de reguliere zorgcircuits, toezichthoudende instanties, de deelstaten...

Deze aanbevelingen moeten gekaderd worden in een context waarin de autoriteiten gevangenen ten onrechte een zorgfunctie toekennen. In die zin zijn ze subsidiair van aard. **De voornaamste aanbeveling is immers dat geïnterneerden dringend de gevangenis moeten kunnen verlaten.**

VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

1. DAGELIJKS LEVEN VAN PATIËNT-GEDETINEERDEN: VERNEDERENDE LEEFOMSTANDIGHEDEN

1.1. Infrastructuur en overbevolking

Met uitzondering van één gevangenis, die in 2022 werd geopend, zijn alle bezochte inrichtingen **verouderd en slecht onderhouden**. Tegelijkertijd blijft het aantal gedetineerde en geïnterneerde personen toenemen, wat in bijna alle gevangenissen tot **overbevolking** leidt. Die situatie wordt al jarenlang aangeklaagd door nationale en internationale instanties. In combinatie leiden deze twee problemen tot talrijke **schendingen van de grondrechten** en van de **menselijke waardigheid**:

- De meeste patiënt-gedetineerden verblijven in een duo- of meerpersoonscel, **wat niet altijd compatibel is met hun aandoening**. In de meeste gevallen zijn de leefomstandigheden **in strijd met het koninklijk besluit van 3 februari 2019**, dat de normen vastlegt voor verblijfsruimten, waaronder de vereiste leefoppervlakte per persoon (nl. 10m² voor een eenpersoonscel, 12m² voor een tweepersoonscel, 15m² voor een driepersoonscel ... met een raam van minimaal 1m² en afgescheiden sanitaire voorzieningen). In de praktijk is het echter niet ongevoel dat twee of drie personen in een cel van minder dan 12m² verblijven, met te kleine of bedekte ramen en waar de sanitaire voorzieningen niet afgescheiden zijn van de rest van de cel.
- Omdat alle plaatsen voor patiënt-gedetineerden volzet zijn, worden ze soms **in andere afdelingen geplaatst**, verder weg van de zorgteams en -faciliteiten, en/of in gemengde ruimten met gewone gedetineerden.
- Door de overbevolking en **het gebrek aan privacy** worden **de ruimten te intensief gebruikt**, waardoor hun staat er nog sneller verslechtert en onderhoud wordt bemoeilijkt. Beschadigde ramen, kozijnen of meubels, **ongediepte** (ratten, kakkerlakken, bedwantsen...), problemen met het sanitair (verstopte wastafels, ongeschikte temperatuur van het water), en **geluidsoverlast** zijn geen uitzondering.

- In verschillende gevangenissen werd gemeld dat er soms erg traag gereageerd wordt op oproepen via de oproepknoppen (wanneer ze werken), omdat er te weinig personeel is om alle verzoeken te beantwoorden. **Dit brengt de veiligheid van patiënt-gedetineerden in noodsituaties in gevaar.**
- Hoewel bepaalde voorwerpen uit veiligheidsoverwegingen verboden zijn voor patiënt-gedetineerden (magnetron, computerapparatuur, metalen bestek ...) zijn er andere **bronnen van gevaar**, zoals gebroken ramen of stapelbedden zonder veiligheidsrails, aanwezig.

Het gebrek aan privacy en de vervallen staat van de ruimten zijn risicofactoren voor de verspreiding van besmettelijke ziekten (zoals tuberculose), spanningen en dus uiteindelijk de **verslechtering van de fysieke en geestelijke gezondheid.**

AANBEVELINGEN

Waarborg dat mensen op de afdeling verblijven die het beste is afgestemd op hun behoeften, onafhankelijk van de infrastructuur en de overbevolking.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Voer alle dringende herstellingen en werken uit (gebroken ramen, defecte sanitaire voorzieningen ...) om ervoor te zorgen dat de verblijfsruimten voldoen aan de normen en dat de veiligheid, waardigheid en gezondheid wordt gewaarborgd.

➔ DG EPI en Regie der Gebouwen

Zie erop toe dat het oproepsysteem overal werkt, ook in de isolatiecellen, en dat er altijd onmiddellijk op wordt gereageerd.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

1.2. Materiële omstandigheden

Privacy en eerbiediging van de waardigheid

Met uitzondering van één gevangenis, met een recente infrastructuur, zijn de sanitaire voorzieningen in het beste geval door een kamerscherm of gordijn gescheiden van de rest van de cel. Bovendien zijn de toiletten soms zichtbaar door het kijkluik (kleine opening in de deur waardoor het personeel visueel kan controleren), een vensterglas in de deur (op sommige psychiatrische afdelingen), een kijkgat aan de buitenkant of vanuit het raam dat uitgeeft op de wandelplaats. Dit gebrek aan privacy kan een verergerende factor zijn voor bepaalde aandoeningen.

In al deze situaties wordt de **privacy van de personen** dus niet **gerespecteerd of gewaarborgd**. Sommige mensen zeggen dat ze hun behoeften ophouden in aanwezigheid van medegedetineerden en wachten tot ze toegang hebben tot een gesloten toilet.



AANBEVELINGEN

Rust de cellen uit met een afdoende scheiding om de privacy van patiënt-gedetineerden te waarborgen wanneer ze het toilet gebruiken.

➔ DG EPI en Regie der Gebouwen

Hygiëne en netheid

Over het algemeen zijn de persoonlijke hygiëne en het onderhoud van de cellen in orde en worden patiënt-gedetineerden hierin aangemoedigd door **het zorgteam**. Patiënt-gedetineerden krijgen begeleiding bij het onderhoud van hun cel en hun persoonlijke hygiëne in het kader van de therapeutische activiteiten en dit bewijst zijn meerwaarde. Het zorgteam kan en mag echter niet worden gezien als extra schoonmaakkploeg.

Als er geen of onvoldoende opvolging van de hygiëne in de cellen is, zijn de leefomstandigheden niettemin bijzonder onhygiënisch voor patiënt-gedetineerden die niet in staat zijn om zelfstandig de hygiëne van hun leefruimte te verzorgen.

In enkele gevangenis is soms een medegedetineerde, vaak een 'fatik', ingeschakeld om te helpen met het onderhoud van de cel van een persoon die dat zelf niet kan. Daarnaast worden gedetineerden soms verzocht om hun medegedetineerden te ondersteunen op het vlak van (persoonlijke) hygiëne.

In de meeste gevallen zijn de douches gemeenschappelijk en drie keer per week toegankelijk. Naast het gebrek aan privacy zijn de gemeenschappelijke douches vaak verouderd, slecht onderhouden en beschadigd door vocht- of ventilatieproblemen. In één inrichting wordt deze ruimte zelfs gebruikt als rookruimte.



KWETSBAARHEDEN

Mensen met een fysieke beperking of beperkte mobiliteit: de sanitaire voorzieningen zijn gevaarlijk en niet aangepast (geen grijpstangen of antislipmatten).

AANBEVELINGEN

Zet de ondersteuning door het zorgteam voort of voer deze in voor mensen die vanwege hun aandoening niet in staat zijn om hun cel naar behoren te onderhouden.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Renoveer de gemeenschappelijke doucheruimten in overeenstemming met de normen voor sanitair (ventilatie en afvoer, rookverbod) en de toegankelijkheidsnormen voor mensen met beperkte mobiliteit. Voer in de tussentijd de redelijke aanpassingen door die noodzakelijk zijn door de handicap of gezondheids-toestand van de patiënt-gedetineerde.

➔ DG EPI en Regie der Gebouwen

Zorg ervoor dat de gemeenschappelijke sanitaire voorzieningen altijd schoon en onderhouden zijn.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Schep duidelijkheid over de status van mantelzorgers en waarborg de gelijke behandeling tussen iemand die een tewerkstelling heeft en iemand die ondersteuning biedt bij het onderhoud en de hygiëne van een patiënt-gedetineerde. (cf. *infra*, 1.4 Activiteiten en werk)

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Bied een opleiding aan mantelzorgers aan over hoe ze moeten omgaan met specifieke behoeften van patiënt-gedetineerden.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

1.3. Garanties en regimes

Onthaalprocedure, informatie en toegang tot rechten

Alle bezochte gevangenissen hebben een procedure voor het onthaal van nieuwe patiënt-gedetineerden: het onthaal gebeurt door de directie ofwel door een lid van het zorgteam. Alle binnenkomende gedetineerden hebben ook een gesprek met de psychosociale dienst, waarin eventuele psychosociale risico's kunnen worden vastgesteld. Normaal dient dat gesprek binnen vier dagen na aankomst te gebeuren, maar vaak vindt het pas na enkele weken plaats. Die wachttijd vertraagt de eventuele behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen.

Geen van de bezochte gevangenissen had **een specifiek huishoudelijk reglement voor de psychiatrische afdeling of de afdeling tot bescherming van de maatschappij** dat rekening houdt met de specifieke behoeften van de patiënt-gedetineerden die er verblijven. De algemene huishoudelijke reglementen van de gevangenis zijn er van toepassing (daterend van 2017 of soms zelfs 2014). De patiënt-gedetineerden beschikken dus niet over een schriftelijk document waarin bijvoorbeeld staat beschreven hoe ze kunnen deelnemen aan activiteiten en wat hun specifieke rechten zijn in het kader van een tuchtprocedure of informatie over het indienen van een klacht.

Het ontbreken van een passend kader en rechtspositie op maat van de behoeften van patiënt-gedetineerden leidt tot **onduidelijkheid en onzekerheid over hun rechten en de toepasselijke regels**. Patiënt-gedetineerden krijgen bijgevolg geen volledige en nauwkeurige informatie. En dat terwijl er door hun status en verblijfplaats in de gevangenis regels gelden die rekening houden met hun geestelijke gezondheidstoestand.

In de meeste bezochte gevangenissen zijn de patiënt-gedetineerden vaak niet op de hoogte van het bestaan van **de commissies van toezicht en de klachtencommissies**. De commissarissen van toezicht waken nochtans niet alleen over de eerbiediging van de rechten, maar kunnen ook optreden als informatieverstrekker of tussenpersoon om de regels te verduidelijken.

De delegatie merkte bovendien op dat de brievenbussen van de commissies van toezicht soms moeilijk toegankelijk zijn (er zijn er niet genoeg of ze staan op plaatsen die moeilijk bereikbaar zijn voor patiënt-gedetineerden).

Vergeleken met het totale aantal klachten dat door de klachtencommissies wordt behandeld, worden er weinig klachten ingediend door patiënt-gedetineerden, behalve in twee van de bezochte gevangenissen. In die twee gevangenissen dienen patiënt-gedetineerden de ene klacht na de andere in. Uit dat wisselende gebruik van de toezichts- en klachtenorganen blijkt **welke moeilijkheden patiënt-gedetineerden ondervinden om er toegang toe te krijgen**: analfabetisme, angst, gebrekkige kennis van het Frans of het Nederlands, ontmoediging, onduidelijkheid over de procedure en de reikwijdte van het beklagrecht, moeilijkere toegang tot de maandcommissarissen van de CvT op de psychiatrische afdelingen ... Het lagere aantal klachten is mogelijk ook te verklaren door het feit dat **de directies de voorkeur geven aan overleg en dialoog boven tuchtprocedures en rekening te houden** met de rol die de ziekte van de patiënt-gedetineerde speelt in hun gestelde gedrag. Gezien de kwetsbaarheid van patiënt-gedetineerden is toegang tot de commissies van toezicht echter een cruciaal gegeven om ervoor te zorgen dat hun rechten worden gerespecteerd.

KWETSBAARHEDEN

Mensen met een **zintuiglijke of intellectuele handicap** of die de **voertalen** in de gevangenis niet goed beheersen, hebben slechts in erg beperkte mate toegang tot **informatie over hun rechten** (beschikbare activiteiten, toegang tot toezichts- en klachtenorganen, procedures voor het indienen van verzoeken bij een dienst ...).

AANBEVELINGEN

Zorg voor inclusieve communicatie op verschillende manieren, zodat alle patiënt-gedetineerden toegang hebben tot duidelijke en volledige informatie.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Wijd een specifiek deel van het huishoudelijk reglement aan de werking van de psychiatrische afdelingen en afdelingen waar patiënt-gedetineerden verblijven.

➔ DG EPI en directies penitentiaire inrichtingen

Stel het huishoudelijk reglement op in gemakkelijk lees- en begrijpbare taal ("easy to read") en geef het aan elke patiënt-gedetineerde bij aankomst op de afdeling. Bied indien nodig de juiste ondersteuning om ervoor te zorgen dat de patiënt-gedetineerde alles begrijpt.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Vergemakkelijk de toegang van patiënt-gedetineerden tot de brievenbussen van de commissies van toezicht en tot de commissarissen van toezicht, wanneer die op bezoek komen.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Toewijzing van de verblijfplaats

In alle bezochte gevangenissen wordt de verblijfplaats toegewezen door de directie op advies van de psychiater, het zorgteam en/of het personeel van de betrokken afdelingen. De analyse van de behoeften wordt echter sterk beperkt door de infrastructuur en het algemene gebrek aan ruimte.

De verblijfplaats varieert naargelang de behoeften van de patiënt-gedetineerde en de beschikbare plaatsen. Zo kunnen de volgende situaties worden waargenomen:

- Geïnterneerde personen die op de psychiatrische afdeling zijn geplaatst, omdat er binnen de inrichting geen afdeling tot bescherming van de maatschappij is of omdat er geen plaatsen vrij zijn op die afdeling;
- Geïnterneerde personen die in het gewone regime (open of gesloten) geplaatst zijn, hetzij omdat er geen plaats is op de psychiatrische afdeling of op de ABM, hetzij omdat de psychiater van oordeel is dat een dergelijk regime gunstiger is rekening houdend met de pathologie van de patiënt-geïnterneerde, en dat deze pathologie verenigbaar is met een dergelijk regime; **dergelijke situaties zijn in strijd met de wet op de internering van personen**;
- niet-geïnterneerde personen met psychische stoornissen die op de psychiatrische afdeling zijn geplaatst zodat ze in aanmerking komen voor het zorgaanbod daar;
- niet-geïnterneerde personen met psychische stoornissen die in het gewone regime (open of gesloten) geplaatst zijn, omdat er geen plaatsen beschikbaar zijn op de psychiatrische afdeling.



De directie van elke bezochte gevangenis heeft de delegatie cijfers verstrekt over het aantal niet-geïnterneerde patiënten dat door de psychiater of het zorgteam wordt opgevolgd. Er bestaat geen uniforme procedure voor het identificeren van patiënt-gedetineerden, maar de criteria voor identificatie en opvolging verschillen soms per gevangenis. De cijfers van niet-geïnterneerde personen met een geestelijk gezondheidsprobleem kunnen dus uiteenlopende situaties weergeven. Bovendien zijn deze gegevens erg veranderlijk (vrijlatingen, overplaatsingen, plaatsing onder elektronisch toezicht ...).

Het onderstaande schema geeft het totale aantal gedetineerden weer (vergeleken met de capaciteit van de gevangenis) op het moment van het bezoek. Onder deze personen wordt de verhouding weergegeven tussen de groep geïnterneerde en niet-geïnterneerde personen die door het zorgteam worden opgevolgd omwille van geestelijke gezondheidsproblemen, evenals de afdeling waar ze verblijven.

JAMILOUX - 385 mannen (capaciteit : 385)



- ▶ 23 geïnterneerde mannen (allemaal op de psychiatrische afdeling)
- ▶ 18 niet-geïnterneerde mannen opgevolgd door het zorgteam (gewone afdeling)

BERGEN - 338 mannen & 45 vrouwen (capaciteit : 274 & 27)



- ▶ 29 geïnterneerde mannen (19 op psychiatrische afdeling + 10 in de 11e sectie)
- ▶ 100 niet-geïnterneerde mannen opgevolgd door het zorgteam (gewone afdeling)
- ▶ 28 niet-geïnterneerde vrouwen opgevolgd door het zorgteam (gewone afdeling)
- ▶ Geen psychiatrische afdeling voor vrouwen

TURNHOUT - 310 mannen (capaciteit : 269)



- ▶ 120 mannen op een afdeling tot bescherming van de maatschappij
- ▶ 15 niet-geïnterneerde mannen opgevolgd door het zorgteam

GENT - 383 mannen & 46 vrouwen (capaciteit : 244 & 39)



- ▶ 186 geïnterneerde mannen verspreid over verschillende afdelingen van de gevangenis (geen psychiatrische afdeling of ABM)
- ▶ 10 niet-geïnterneerde mannen opgevolgd door het zorgteam
- ▶ 2 geïnterneerde vrouwen

HAREN - 1006 mannen & 108 vrouwen (capaciteit : 930 & 105)



- ▶ 86 geïnterneerde mannen (75 op psychiatrische afdeling + 11 op gewone afdeling)
- ▶ 27 niet-geïnterneerde mannen opgevolgd door het zorgteam (19 op psychiatrische afdeling + 8 op gewone afdeling)
- ▶ 6 geïnterneerde vrouwen (2 op psychiatrische afdeling + 4 op gewone afdeling)
- ▶ 2 niet-geïnterneerde vrouwen opgevolgd door het zorgteam (op gewone afdeling)

Op welke afdeling de persoon verblijft, heeft een aanzienlijke impact op de medische opvolging waarop hij recht heeft, de activiteiten waaraan hij kan deelnemen en zijn dagelijks levensritme. De plaatsing gebeurt echter niet altijd op basis van de zorgbehoeften van de patiënt-gedetineerde, maar eerder als gevolg van beperkingen in verband met het aantal beschikbare plaatsen.

De aangeboden activiteiten, tewerkstelling en momenten om naar de wandeling te gaan enz. kunnen niet worden aangepast aan elke pathologie. Bijgevolg is het aan de patiënt-gedetineerden om zich aan te passen aan de regels en het regime van de afdeling waar ze worden geplaatst. Er bestaan daardoor verschillen in de behandeling en opvolging van patiënt-gedetineerden en er

vinden met name praktijken plaats die in strijd zijn met de wet. Dit ondanks de inspanningen van het personeel om de behoeften van de patiënt-gedetineerden en mogelijkheden binnen de gevangenis zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

KWETSBAARHEDEN

Vrouwelijke patiënt-gedetineerden: net zoals alle geïnterneerden, zouden zij niet langdurig op een psychiatrische afdeling mogen verblijven. Er zijn echter maar weinig afdelingen tot bescherming van de maatschappij en psychiatrische afdelingen voorzien voor hen. Dat kan ervoor zorgen dat ze in een verafgelegen inrichting worden geplaatst, wat het contact met hun sociale en familiale omgeving bemoeilijkt. Vrouwelijke patiënt-gedetineerden verblijven dus in de meeste gevallen samen met reguliere vrouwelijke gedetineerden. Die verscheidenheid aan profielen zorgt voor ongemak en overlast voor beide groepen.

Bovendien zijn de voorzieningen voor vrouwen er vaak van mindere kwaliteit (kleinere ruimtes, minder voorzieningen) of zo gelegen dat de toegang tot bepaalde diensten moeilijker is (bijvoorbeeld aan het einde van een vleugel, waardoor er meer verplaatsingen nodig zijn).

Personen met een ernstige intellectuele beperking: sommige patiënt-gedetineerden zijn niet in staat om zich aan te passen aan het leven in de gevangenis.

AANBEVELINGEN

Documenteer de beslissingen over de toewijzing van de verblijfplaats en de verdeling van patiënt-gedetineerden, met vermelding van de verschillende adviezen en motieven.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Garandeer dat patiënt-gedetineerden in eenpersoonscellen worden geplaatst wanneer zijn toestandbeeld dit vereist.

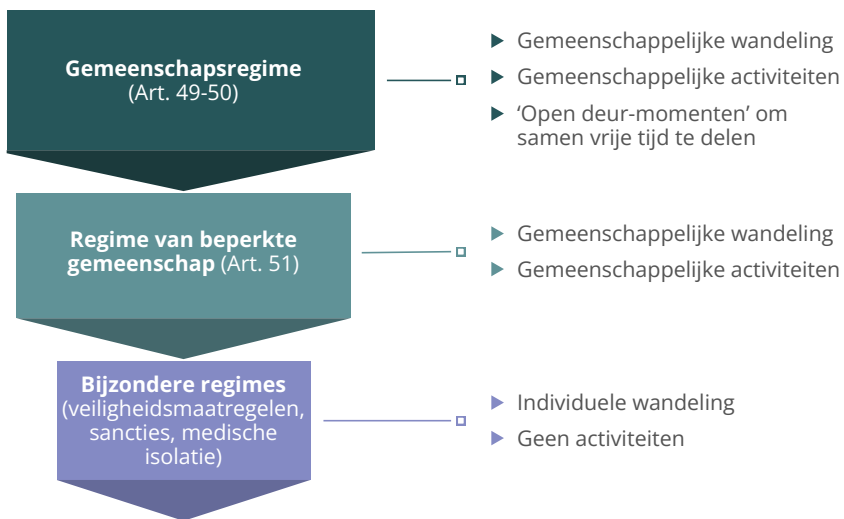
➔ DG EPI en directies penitentiaire inrichtingen

Zorg dat vrouwelijke patiënt-gedetineerden dezelfde kansen krijgen als mannen op het gebied van infrastructuur, activiteiten en zorg.

➔ DG EPI en directies penitentiaire inrichtingen

Regimes

De bepalingen van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden zijn van toepassing op alle personen die in de gevangenis verblijven, zo ook voor geïnterneerde en andere kwetsbare personen. Er is **geen wettelijk kader dat het leven van geïnterneerde personen in de gevangenis regelt**. Dit betekent dat alle bepalingen met betrekking tot de leefomstandigheden, waarborgen en tucht- of veiligheidsmaatregelen ook van toepassing zijn op patiënt-gedetineerden, zonder dat er altijd rekening wordt gehouden met de impact van de psychische gezondheidsproblemen op het gedrag van de persoon. De basiswet voorziet in verschillende regimes:



Meer dan 22 uur per dag in een cel doorbrengen is volgens de wet een uitzonderlijke situatie waaraan een beslissing van de directie of een medische beslissing moet voorafgaan (het Comité voor de Preventie van Foltering beveelt aan dat gedetineerden minimaal 8 uur per dag buiten de cel doorbrengen, zie [CPT/Inf\(2021\)5-part](#), § 80).

In de praktijk leidt het gebrek aan activiteiten of personeel en de ongeschikte infrastructuur er echter maar al te vaak toe dat **men het grootste deel van de dag opgesloten blijft in de cel**, zelfs wanneer men in een zogenaamd regime van beperkte gemeenschap is geplaatst.

Het regime waarin iemand wordt geplaatst, hangt grotendeels af van de configuratie van de ruimte, het aantal beschikbare plaatsen in een bepaalde gevangenis en op een bepaalde afdeling, de aanwezigheid van voldoende personeel om de activiteiten veilig te doen verlopen en te begeleiden, eerder dan van medische of sociale overwegingen. **De verblijfplaats is echter bepalend voor de mogelijkheden op het gebied van zorg en activiteiten** (cf. *infra*), evenals voor de werkelijke tijd die dagelijks buiten de cel kan worden doorgebracht.

AANBEVELINGEN

Voorzie in gemeenschapsregimes waardoor gedetineerde personen zoveel mogelijk tijd buiten hun cel kunnen doorbrengen.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

1.4. Activiteiten en werk

Bezigheidsactiviteiten

Met uitzondering van enkele bezochte inrichtingen lijkt **het aanbod van bezigheidsactiviteiten vaak onvoldoende** in zowel kwantiteit en kwaliteit. Het aanbod is erg afhankelijk van externe diensten, die ervoor kunnen kiezen om vooral activiteiten te organiseren voor andere gedetineerden (vb. veroordeelden en beklagden zonder psychische gezondheidsproblemen). Het gebrek aan personeel en geschikte lokalen (vaak door overbevolking) leidt tot een zekere **concurrentie tussen gedetineerden en patiënt-gedetineerden**. Wanneer patiënt-gedetineerden aan **therapeutische activiteiten** georganiseerd door de zorgteams kunnen deelnemen (zie *infra*, Toegang tot zorg), krijgen de andere categorieën van gedetineerden voorrang bij de bezigheidsactiviteiten. Het inschrijvings- of selectiesysteem voor patiënt-gedetineerden om deel te nemen aan activiteiten is vaak onduidelijk: sommige patiënt-gedetineerden worden simpelweg uitgesloten, terwijl andere regelmatig deelnemen.

De toegang tot de **bibliotheken, gezelschapsspellen, fitnessstoestellen of zelfs vrij toegankelijke voorzieningen** (tafelvoetbal, tafeltennis, hometrainer) verschilt van inrichting tot inrichting en zelfs van afdeling tot afdeling. Over het algemeen blijft het aanbod ontoereikend.

Het opleidingsaanbod voor geïnterneerde personen was erg beperkt op het moment van de bezoeken aan de vijf gevangenissen. Er werden geen opleidingen aangeboden die gericht waren op het aanleren van

beroepsvaardigheden die de re-integratie ten goede kunnen komen.

Patiënt-gedetineerden, personeelsleden en de verschillende externe diensten klagen over het gebrek aan of de beperking van activiteiten (bijvoorbeeld tijdens de zomer, bij personeelstekort of een beperkt aanbod door externe diensten). Daardoor moeten de gedetineerden soms 23 uur per dag in hun cel blijven, met de dagelijkse wandeling als enig moment buiten de cel. Een dergelijk regime lijkt op eenzame opsluiting en heeft een **grote impact op het geestelijke en algemene welzijn** van de patiënt-gedetineerden. Dit type regime zorgt er ook voor dat de patiënt-gedetineerden moedeloos en passief worden.

AANBEVELINGEN

Garandeer dat patiënt-gedetineerden ten minste 8 uur per dag buiten hun cel doorbrengen in een veilige omgeving die is afgestemd op hun behoeften.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Breid het aanbod van bezigheidsactiviteiten en opleidingen uit in samenwerking met de externe diensten van de gemeenschappen.

➔ DG EPI en gemeenschappen

Garandeereeneenvoudigeentranparanteinschrijvingsprocedure voor de activiteiten, zodat iedereen er op regelmatige en gelijke wijze aan kan deelnemen.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Garandeer aan alle patiënt-gedetineerden effectieve toegang tot de bibliotheekfaciliteiten om lectuur te kiezen uit een toereikend aanbod.

➔ DG EPI en gemeenschappen

Er zijn maar **weinig werkplekken** toegankelijk voor patiënt-gedetineerden. Voor de toegang tot werk is er altijd een medisch advies nodig. Sommige functies kunnen om veiligheidsredenen als ongeschikt worden beschouwd (koken, ateliers waar scherpe of stompe voorwerpen worden gebruikt).

Patiënt-gedetineerden worden vaak verwezen in de richting van **functies met de benaming 'Fatik'**. Deze functies zijn schaars en vaak minder goed betaald. Bovendien worden in recente gevangenissen, die worden ontworpen en beheerd in publiek-private samenwerkingen, sommige huishoudelijke taken uitbesteed aan externe bedrijven, waardoor het aanbod voor gedetineerden en geïnterneerden nog verder wordt beperkt.

In vergelijking met andere gedetineerden hebben patiënt-gedetineerden **minder toegang tot werk, een lager inkomen** dan gemiddeld en minder kans op werk dat hun zelfstandigheid en re-integratie bevordert. **Het recht op gelijke kansen wordt dus niet nageleefd.**

Verder ondersteunen sommige gedetineerden bepaalde patiënt-gedetineerden op vlak van hygiëne en het onderhoud van hun cel. De delegatie kon de status van die personen, die op dagelijkse basis een cruciale zorgtaak vervullen, niet verifiëren.

KWETSBAARHEDEN

Personen met beperkte mobiliteit: de werkateliers zijn vaak niet toegankelijk.

AANBEVELINGEN

Breid het werkaanbod voor patiënt-gedetineerden uit, en zorg dat dit aanbod bestaat uit meer dan enkel huishoudelijke taken.

➔ DG EPI en Cellmade

Zie erop toe dat de functies van mantelzorgers (voor de hygiëne en het onderhoud van de cellen van mensen die daarbij hulp nodig hebben) recht geven op dezelfde vergoedingen als andere tewerkstellingsmogelijkheden binnen de gevangenis.

➔ DG EPI

Voorzie functies die voldoende vergoed worden om te voorzien in de levensbehoeften binnen de gevangenis.

➔ DG EPI

Bied functies aan die compatibel zijn met het zorgtraject en het re-integratieplan van patiënt-gedetineerden.

➔ DG EPI

Zie erop toe dat de werkateliers toegankelijk zijn voor personen met beperkte mobiliteit en voer in afwachting hiervan redelijke aanpassingen door.

➔ Regie der Gebouwen en directies penitentiaire inrichtingen

Wandeling

Het feit dat patiënt-gedetineerden en andere gedetineerden samen aanwezig zijn op **wandelingen in de buitenlucht** (of elkaar kunnen zien of kruisen), kan leiden tot incidenten: woordenwisselingen, (risico op) agressie, intimidatie of pesterijen. Ook wanneer de cellen van de gedetineerden uitkijken op de wandeling van patiënt-gedetineerden, krijgen die laatsten soms beledigingen of objecten naar hun hoofd geslingerd.

Daarnaast zorgt het afval dat uit het raam wordt gegooid (etensresten) ervoor dat de wandelingen onhygiënisch zijn en bevordert het de aanwezigheid van ratten.

Om bovenstaande redenen gaan veel patiënt-gedetineerden niet naar de wandeling. Dat kan leiden tot **sociaal isolement** en de **verergering van de aandoening**.

KWETSBAARHEDEN

Vrouwen: de wandelingen zijn over het algemeen kleiner, minder goed uitgerust en verstoken van (functionerende) sanitaire voorzieningen, waardoor sommige vrouwen niet naar de wandeling gaan.

Wanneer vrouwelijke patiënt-gedetineerden in het gewone regime verblijven en samen met andere vrouwelijke gedetineerden naar de wandeling gaan, kunnen die eersten zich geïsoleerd of zelfs gestigmatiseerd voelen.

Personen met beperkte mobiliteit: de wandelingen zijn soms moeilijk toegankelijk voor mensen met mobiliteitsproblemen.



AANBEVELINGEN

Organiseer de wandelingen van patiënt-gedetineerden op zo'n manier dat ze beschermd worden tegen mogelijke intimidatie of mishandeling door andere gedetineerden (ofwel door in een aparte buitenruimte te voorzien waar geen contact met andere gedetineerden mogelijk is, ofwel door de activiteiten zo te organiseren dat de patiënt-gedetineerden tijdens de wandelingen worden beschermd).

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Rust de wandelplaatsen uit met functionerend en schoon materiaal en sanitaire voorzieningen, en onderhoud deze goed.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen en Regie der Gebouwen

Zie erop toe dat de wandelingen toegankelijk zijn voor mensen met beperkte mobiliteit en voer in afwachting redelijke aanpassingen door.

➔ Regie der Gebouwen en directies penitentiaire inrichtingen

2. PERSONEEL ONDER DRUK

De overbevolking in de Belgische gevangenissen heeft tot gevolg dat de voorziene personeelskaders niet langer overeenkomen met het werkelijke aantal gedetineerden. De personeelskaders raken bovendien niet ingevuld en zelfs de effectieve personeelsbezetting wordt in de praktijk niet gehaald door absentisme en verlofachterstand. Het personeel staat onder zware druk. De penibele werkomstandigheden maken van de gevangenis een weinig aantrekkelijke werkomgeving. Er zijn vaak te weinig personeelsleden aanwezig om detentieomstandigheden te garanderen die de menselijke waardigheid eerbiedigen, laat staan de re-integratie van patiënt-gedetineerden bevorderen.

2.1. Zorgpersoneel

Psychiater

Er is een groot **tekort aan psychiatrische zorgverlening** in alle bezochte gevangenissen.

In de meeste gevangenissen zijn psychiaters **slechts deeltijds** aangesteld voor de opvolging van een groot aantal patiënt-gedetineerden. Door de **beperkte aanwezigheid** kan een kwalitatieve psychiatrische opvolging van patiënt-gedetineerden niet gegarandeerd worden. Er zijn **lange wachttijden** voor consultaties en in veel gevallen is enkel een eerste consult van 15-20 minuten om een diagnose te stellen en opvolging van de meest acute situaties mogelijk.

Penitentiaire inrichting	Aantal psychiatrische uren	Totaal aantal gedetineerden	Aantal patiënt- gedetineerden*
Gent	1 psychiater voor 2 halve dagen/week	429	198 (waarvan 188 geïnterneerden)
Turnhout	1 psychiater voor 24u/week	310	135 (waarvan 120 geïnterneerden)
Bergen	1 psychiater voor 8u/week	383	157 (waarvan 29 geïnterneerden)
Jamioulx	2 psychiaters voor 12u/week	385	41 (waarvan 23 geïnterneerden)
Haren	5 psychiaters voor 9 dagen/week in totaal + 1 VTE assistent	1114	121 (waarvan 92 geïnterneerden)

* *Cijfers meegedeeld aan CTRG en Unia door DG EPI op 10 juni 2024 en geactualiseerd op het moment van de bezoeken tussen juni en september 2024. Het aantal patiënt-gedetineerden betreft het aantal geïnterneerde personen opgeteld met het aantal niet-geïnterneerde gedetineerden gediagnosticeerd met psychische problemen. Er valt een grote variatie op te merken in de manier waarop verschillende gevangenissen het aantal niet-geïnterneerde personen met psychische problemen vaststellen. Door het gebrek aan objectieve indicatiestelling zijn deze cijfers als dusdanig niet verifieerbaar.*

Dit heeft als gevolg dat er **geen adequate psychiatrische opvolging is voor patiënten die zich niet in een crisissituatie bevinden**. De klinische opvolging van deze patiënten zal in het beste geval gebeuren door het zorgteam, in het slechtste geval is er geen psychosociale begeleiding. Dit zet de zorgcontinuïteit en kansen op re-integratie onder druk.

Om de lange wachttijden te omzeilen vinden **korte psychiatrische consulten** in bepaalde gevangenissen plaats **buiten de consultatieruimte** (aan het luikje van de celdeur, in de cel, aan het onthaal). Dergelijke consulten kunnen echter niet beschouwd worden als volwaardige psychiatrische zorg. De vertrouwelijkheid van de verleende zorg is niet gewaarborgd.

Er dient op te worden gewezen dat de meeste psychiaters, ondanks de hoge werkdruk, ook buiten hun uren **telefonisch bereikbaar** zijn.

Wanneer er meerdere psychiaters aan de slag zijn, is er in de meeste gevangenissen weinig **info-uitwisseling en samenwerking**.

In slechts één gevangenis wordt de structurering van de psychiatrische dienstverlening positief omschreven: patiënt-gedetineerden zouden er meer worden gezien dan in andere gevangenissen en de samenwerking tussen de verschillende psychiaters onderling alsook met de andere diensten en directie wordt als goed omschreven. Er vindt wekelijks overleg plaats tussen alle psychiaters en er is doorlopend communicatie tussen het medisch personeel via Teams.

AANBEVELINGEN

Garandeer voldoende psychiatrische uren om kwaliteitsvolle zorg te garanderen, conform de norm van 1 psychiater per 30 patiënten geldend in diensten neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van volwassen patiënten.

DG EPI

Voorzie voldoende overleg en informatie-uitwisseling binnen psychiatrische diensten alsook tussen psychiatrische diensten, het zorgteam en de algemene medische dienst om zorgcontinuïteit te garanderen.

Directies penitentiaire inrichtingen

Zorgteam

Met de huidige **personeelsbezetting en infrastructurele beperkingen** is het verlenen van kwalitatieve zorg door de zorgteams volstrekt onrealistisch.

De federale regering hanteert sinds de versterking van de zorgteams in 2021 een **personeelsnorm van ten minste 0,33 VTE per geïnterneerde persoon** voor de afdelingen tot bescherming van de maatschappij en psychiatrische afdelingen van de gevangenis. In sommige gevangenissen volstaan de voorziene kaders om te voldoen aan deze norm, in andere gevangenissen stemmen de voorziene personeelskaders niet langer overeen met het aantal patiënt-gedetineerden dat daadwerkelijk aanwezig is door overbevolking.

Ondanks recente en forse uitbreidingen raken de **voorziene kaders** voor de zorgteams **in geen enkele gevangenis volledig ingevuld**: er staan nog veel vacatures open en verschillende profielen raken moeilijk ingevuld (psychiatrisch verpleegkundigen, psycholoog-coördinatoren, kinesitherapeuten, ...). Door ziekteverzuim is ook de effectieve bezetting bovendien in veel gevallen niet verzekerd.

In slechts twee gevangenissen volstaat de effectieve bezetting van het zorgteam om te voldoen aan de personeelsnorm. De norm houdt echter **geen rekening met het hoge aantal gedetineerden met psychische problemen dat geen interneringsstatuut heeft** (veroordeelden/beklaagden), maar wel een zorgnood.

Penitentiaire inrichting	Personeels-kader zorgteam	Effectieve bezetting zorgteam	Aantal geïn-terneerde personen	Benodigd kader om te voldoen aan 0,33-norm	Effectieve bezetting / benodigd kader 0,33-norm
Gent	23,5 VTE	14,6 VTE	188	62,04 VTE	23,5 %
Turnhout	33 VTE	18,3 VTE	120	39,6 VTE	46,2 %
Bergen	14 VTE	9,2 VTE	27	6,27 VTE	146 %
Jamioulx	15 VTE	9,8 VTE	23	4,95 VTE	197 %
Haren	52 VTE	18 VTE	92	30,36 VTE	59,2 %

In alle gevangenissen zijn de zorgteams enkel werkzaam **overdag op weekdagen**. 's Avonds, 's nachts en in het weekend is er dus geen ondersteuning door het zorgteam en vinden geen zorgactiviteiten plaats.

Er zijn in de meeste gevangenissen **infrastructurele beperkingen** die belemmeren dat een verdere personeelsuitbreiding ook zou leiden tot een kwalitatievere zorgverlening, zoals een gebrek aan bureau ruimtes, dagzalen en gesprekslokalen geschikt voor therapeutische dienstverlening.

De recente uitbreiding van de zorgteams brengt met zich mee dat zij zich dienen te **(her)organiseren**. De delegatie constateerde dat dit in verschillende gevangenissen moeilijkheden met zich meebracht inzake de onderlinge communicatie en het verdelen van taken, het beheer van dienstroosters, onthaal en ondersteuning voor nieuw personeel, alsook de samenwerking met andere diensten.

In sommige gevangenissen zijn per patiënt-gedetineerde **referentiepersonen** aangesteld binnen het zorgteam, hetgeen de vertrouwensband versterkt.

In verschillende gevangenissen verwijzen leden van het zorgpersoneel naar een **grote administratieve werklust** waardoor minder tijd overblijft voor contact met patiënt-gedetineerden.

Door de moeilijke werkomstandigheden omschrijven sommige personeelsleden hun werk als “zinloos op therapeutisch vlak”.

AANBEVELINGEN

Versterk de zorgteams om een kwaliteitsvolle zorg te garanderen en de zorgnorm van 0,33VTE per patiënt te behalen. Zorg ervoor dat de zorgnorm en de voorziene kaders worden toegepast op het werkelijk aantal patiënt-gedetineerden in de inrichting, waaronder gedetineerden met psychische problemen zonder interneringsstatuut.

➔ DG EPI

Zorg voor een bezetting van het zorgteam in weekends en op avonden.

➔ DG EPI

Zorg ervoor dat zorgteams kunnen beschikken over voldoende werkruimtes en lokalen die bevorderlijk zijn voor het aangaan van een therapeutische relatie.

➔ Minister van Justitie en directies penitentiaire inrichtingen

Stel in alle ABM en psychiatrische afdelingen referentiepersonen aan die patiënt-gedetineerden gedurende de gehele verblijfsduur opvolgen.

➔ DG EPI en directies penitentiaire inrichtingen

Algemene medische dienst

Een psychiatrische aandoening is een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van diverse somatische gezondheidsproblemen en omgekeerd. Een adequate aanpak van somatische klachten maakt dan ook onlosmakelijk deel uit van de psychosociale behandeling van patiënt-gedetineerden.

Door een tekort aan huisartsen en tandartsen zijn er **onredelijke wachttijden** voor consulten bij de algemene medische dienst.

Door lange wachtlijsten bij de **huisartsen** en laattijdige doorverwijzing naar gespecialiseerde artsen blijven ernstige somatische klachten soms voor lange periodes onbehandeld. In verschillende gevangenissen is op sommige dagen geen huisarts aanwezig om een intake consult bij nieuwe gedetineerden af te leggen en dient een 'pre-anamnese' te gebeuren door verpleegkundigen. Voor **tandheelkundige ingrepen** lopen de wachtlijsten maandenlang op, in verschillende gevangenissen zijn mobiele tandheelkundige teams langsgesproken om de wachtlijsten te ontlasten. In één gevangenis is zelfs geen tandarts meer aanwezig omdat men er niet beschikt over de nodige lokalen of functionele tandheelkundige apparatuur.

Slechts één van de vijf gevangenissen heeft een **nachtelijke permanentie** van de **verpleegkundige dienst**.

In vier van de vijf gevangenissen werden recent **klinisch eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers** aangeworven door de FOD Volksgezondheid in het kader van de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg. Eerder dan de bestaande zorgverlening te versterken, dienen zij in de praktijk personeelstekorten en afwezigheden op te vangen. De psychologen, die recent aangeworven zijn, bespreken de moeilijke werkomstandigheden en geven aan dat ze "moeten vechten voor een plaats", door het tekort aan consultatieruimtes.

KWETSBAARHEDEN

Vrouwen: de toegang tot gespecialiseerde zorg (oogheekunde, gynaecologie, dermatologie, tandheelkunde, ...) verloopt bijzonder moeilijk. Medische resultaten worden laat meegedeeld. Preventie op gynaecologisch gebied is ontoereikend of ontbreekt.

AANBEVELINGEN

Garandeer adequate somatische zorg door de wachttijden voor consulten te verkorten en medische opvolging te voorzien binnen een redelijke termijn.

➔ DG EPI

Versterk de algemene medische diensten en vul het huidige kader aan, met name op het vlak van huisartsen en tandartsen.

➔ DG EPI

Vergemeen de inzet van mobiele tandheelkundige teams in penitentiaire inrichtingen.

➔ Minister van Volksgezondheid

Voorzie permanentie van het verplegend personeel 's nachts en in het weekend

➔ DG EPI

Garandeer kwalitatieve preventieve en curatieve gynaecologische zorg aan vrouwelijke patiënt-gedetineerden.

➔ DG EPI

2.2. Penitentiair personeel

Ook bij het penitentiair personeel zijn er in alle gevangenissen **personeels-tekorten en** is er **een hoge absenteïsmegraad**. De niet-ingevulde personeelskaders zijn bovendien berekend op de operationele capaciteit, die door de overbevolking in veel gevangenissen niet overeenstemt met de reële gevangenisbevolking.

Penitentiaire inrichting (27/1/25)	Kader penitentiair personeel	Effectieve bezetting	Tekort
Gent	188 VTE	169 VTE	-19
Turnhout	148 VTE	137,85 VTE	-10,15
Bergen	217 VTE	211,4 VTE	-5,6
Jamioulx	227 VTE	217,55 VTE	-9,45
Haren	795 VTE	690,65 VTE	-104,35

Dit creëert een **hoge werkdruk** voor penitentiair beambten: vaak wijzigende dienstroosters, vakantiedagen die geannuleerd worden, onvoldoende rust tussen shiften, personeelsleden van andere afdelingen die moeten inspringen op de ABM of psychiatrische afdeling, ook wanneer zij geen ervaring hebben in de omgang met patiënt-gedetineerden, ...

De impact voor patiënt-gedetineerden is groot. Soms is de personeelsbezetting onvoldoende om de **veiligheid** te kunnen garanderen en de **bewegingen** te organiseren, waardoor activiteiten geschrapt dienen te worden. Daarnaast hebben penitentiair beambten door de hoge werkdruk minder tijd voor **informele contacten** met patiënt-gedetineerden, waardoor ze minder snel moeilijkheden detecteren en de **dynamische veiligheid** (een werkmethode waarbij het personeel in eerste instantie een voortdurende communicatie en een professionele relatie met de patiënt-gedetineerden probeert tot stand te brengen) onder druk komt te staan.

Het contact tussen patiënt-gedetineerden en penitentiair beambten verloopt doorgaans goed. Toch wordt in sommige gevangenissen ook gewag gemaakt van agressieve en soms vernederende communicatie (zie ook 'kwetsbaarheden'). Sommige patiënt-gedetineerden merken op dat wanneer de werkdruk hoger ligt bij de penitentiaire beambten, dit negatieve gevolgen heeft op de bejegening naar hen toe.

Penitentiair beampten die werkzaam zijn in psychiatrische afdelingen of afdelingen tot bescherming van de maatschappij worden gekenmerkt door hun toewijding aan de **zorg voor patiënt-gedetineerden** en tonen een sterk engagement om bij te dragen aan het verbeteren van hun psychosociaal welzijn.

Daarnaast zijn er, met uitzondering van één gevangenis, **geen selectiecriteria of specifieke vereisten** (opleiding, ervaring, ...) die opgelegd worden aan penitentiair beampten die tewerkgesteld zijn op psychiatrische afdelingen of afdelingen tot bescherming van de maatschappij.

Penitentiair beampten krijgen buiten een eenmalige sessie in hun basisopleiding **geen specifieke opleiding** over het omgaan met gedetineerden met psychische problemen en ernstige intellectuele beperkingen.

De penitentiair beampten beschikken daarnaast over **te weinig concrete handvatten en informatie** om bepaalde gedragingen te kunnen kaderen en op adequate wijze in contact te treden met patiënt-gedetineerden. De delegatie kon enkele goede praktijken constateren van zorgteams en externe diensten voor personen met een handicap die handelingsplannen of signaleringsplannen hebben uitgewerkt voor bepaalde patiënt-gedetineerden, maar deze praktijken zijn onvoldoende systematisch. Dit zijn plannen die op maat van de patiënt worden opgesteld, waarbij wordt aangegeven welke stappen de patiënt en/of het personeel kunnen nemen bij afglijdend functioneren in verschillende fases. Die plannen geven zowel de persoon als de begeleider handvatten om de signalen te leren herkennen, het gedrag te monitoren en in te grijpen voor het fout dreigt te lopen. Het gaat om een dynamisch instrument, zonder medische informatie, dat de verantwoordelijkheid van de patiënt stimuleert, escalatie voorkomt en het welzijn verhoogt.

Bij veel penitentiair beampten heerst een **onveiligheidsgevoel** als gevolg van (gewelds-)incidenten die zich voordoen in de gevangenissen. Het penitentiair personeel kan ondersteuning krijgen bij een interne dienst, na schokkende gebeurtenissen en bij psychosociale problemen.

In één bezochte gevangenis zijn **'detentiebegeleiders' en 'veiligheidsassistenten'** aangesteld. Deze hervorming van de organisatie van de penitentiaire diensten is reeds doorgevoerd in drie gevangenissen en twee detentiehuisen. Door meer onderscheid te maken tussen opdrachten gericht op beveiliging dan wel op begeleiding gericht op re-integratie, zou de dynamische veiligheid moeten verbeteren. Toch voldoet de opsplitsing van de taken van detentiebegeleiders en veiligheidsassistenten niet aan de verwachtingen van het personeel. In de praktijk moeten detentiebegeleiders toch vaak instaan voor veiligheidstaken en rest hen weinig tijd voor begeleiding van gedetineerden. Bovendien zijn de taken in verband met begeleiding en re-integratie niet gedefinieerd waardoor het onduidelijk is wat van detentiebegeleiders wordt verwacht.

KWETSBAARHEDEN

Afkomst: de delegatie kreeg verschillende meldingen over racistische of beledigende bejegening ten aanzien van patiënt-gedetineerden met een andere afkomst (bv. frequent gebruik van het 'n-woord' of 'bruine aap').

AANBEVELINGEN

Geef het penitentiair personeel in een ABM of psychiatrische afdeling systematisch specifieke opleiding over het werken in een psychiatrische omgeving (waaronder het omgaan met personen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen) en bied hun psychosociale ondersteuning.

➔ DG EPI

Voorzie in specifieke selectiecriteria en vereisten (motivatie, opleiding, ervaring) voor het werken in een ABM of psychiatrische afdeling.

➔ DG EPI

Neem de nodige maatregelen zodat het aantal penitentiair beampten werkzaam in een ABM of psychiatrische afdeling voldoende is om te beantwoorden aan de behoeften van patiënt-gedetineerden (begeleiding, bewegingen, ondersteuning, ...).

➔ Minister van Justitie

Neem de nodige maatregelen om het absentisme onder het personeel zoveel mogelijk te beperken door het beroep van penitentiair beampte aantrekkelijker te maken en de werkomstandigheden te verbeteren (loon, verlof, uurroosters...), zodat de toegang van patiënt-gedetineerden tot basisdiensten en -zorg in gevangenissen niet in gevaar komt.

➔ Minister van Justitie

Voorzie in meer handvatten en ondersteuning voor penitentiair beampten voor de omgang met personen met een psychiatrische stoornis en/of verstandelijke beperking. Generaliseer het gebruik van handelingsplannen voor elke patiënt-gedetineerde in alle ABM en psychiatrische afdelingen.

➔ DG EPI en directies penitentiaire inrichtingen

2.3. Psychosociale dienst

De psychosociale diensten (PSD) zijn verantwoordelijk voor het ondersteunen van de geïnterneerde in het re-integratietraject alsook het opstellen van rapporten aan de KBM over de uitvoering en het beheer van de interneringsmaatregel.

De PSD ervaart een **hoge werkdruk**. De voorziene personeelskaders worden als onvoldoende ervaren voor het toenemend aantal (patiënt-) gedetineerden.

In drie van de vijf gevangenissen is het personeelskader voor de PSD bovendien niet volledig ingevuld. De effectieve bezetting ligt nog lager door de hoge absenteïsmegraad. De **expert-psychiater** is doorgaans slechts voor enkele uren per week beschikbaar, wat het werk van het PSD-team bemoeilijkt en vertraagt.

Veel patiënt-gedetineerden zijn dan ook gefrustreerd over het **beperkte aantal oproepen**, de **lange wachttijden** voor een gesprek met de PSD en de **trage voortgang van hun dossiers**.

AANBEVELINGEN

Voorzie voldoende middelen voor psychosociale diensten (PSD) om de dossiers van gedetineerden op te volgen, rekening houdend met het stijgend aantal patiënt-gedetineerden.

➔ DG EPI

2.4. Externe actoren/diensten

Mobiele equipes internering

De **mobiele equipes internering** per hof van beroep staan in voor het **bevorderen van de doorstroom** van geïnterneerde personen naar verschillende voorzieningen. Ze ondersteunen de geïnterneerde bij de zoektocht naar een geschikt zorgtraject en proberen een netwerk aan hulpverleners uit te bouwen.

Er is een **duidelijk verschil** tussen de werking van de **Franstalige en Nederlandstalige mobiele equipes internering**. Zo worden de Franstalige mobiele equipes actief ingeschakeld en begeleiden ze een groter aantal individuele geïnterneerden in hun zoektocht naar externe zorgvoorzieningen, onder meer door deel te nemen aan intakegesprekken. De samenwerking tussen de PSD en de mobiele equipes wordt er doorgaans als goed omschreven. Wel wordt betreurd dat er een gebrek aan coördinatie is tussen de mobiele equipes in verschillende gerechtelijke arrondissementen wanneer een geïnterneerde persoon genooddaakt is van arrondissement te veranderen gedurende zijn zorgtraject. Een goede informatie-uitwisseling rond individuele dossiers is van belang om geschikte plaatsen te vinden voor personen met complexe pathologieën waarvoor de plaatsen beperkt zijn in bepaalde arrondissementen.

De Nederlandstalige mobiele equipes volgen een lager aantal dossiers op in gevangenis, komen vooral tussen vanuit hun schakelfunctie en voorzien minder in ondersteuning van individuele geïnterneerde personen. Nederlandstalige psychosociale diensten ervaren de geboden expertises van de mobiele equipes soms als dubbel werk of in contradictie met de adviezen van PSD.

AANBEVELINGEN

Garandeer voldoende middelen voor de mobiele equipes internering zodat zij kunnen voorzien in individuele begeleiding van geïnterneerde personen bij het voorbereiden van hun re-integratietraject, voornamelijk aan Nederlandstalige zijde.

➡ **Minister van Volksgezondheid**

Zorg voor een adequate afstemming tussen mobiele equipes internering die actief zijn in verschillende arrondissementen alsook tussen verschillende instanties met een expertise- en rapportagefunctie.

➡ **Minister van Volksgezondheid**

Gemeenschapsdiensten

In de Nederlandstalige gevangenissen zijn verschillende **externe diensten van de Vlaamse Gemeenschap** aanwezig die activiteiten voorzien of psychosociale ondersteuning bieden aan patiënt-gedetineerden.

Een goede **samenwerking** tussen deze verschillende hulpverleningsdiensten is echter **niet evident**, gezien de grote toename van het aanbod de voorbije jaren. Het is voor gedetineerden, maar ook voor het gevangenis-personeel niet altijd duidelijk welk aanbod elke dienst heeft waardoor het doelpubliek niet altijd bereikt wordt.

Ook moeten groepsactiviteiten en zelfs het individueel aanbod vaak **geannuleerd** worden, wanneer personeelstekorten en/of stakingen verhinderen dat penitentiaire beambten kunnen instaan voor het begeleiden van de bewegingen.

In de praktijk blijkt de **toegang voor geïnterneerde personen** tot het aanbod van externe diensten in sommige gevangenissen ook moeilijker te verlopen dan voor veroordeelden en beklaagden (zie *Activiteiten en werk*).

In de **Franstalige gevangenissen zijn bijna geen externe diensten voor patiënt-gedetineerden** actief. In de gevangenissen waar dit wel het geval is, kampen de diensten met enorme wachtlijsten.

KWETSBAARHEDEN

De meest kwetsbare gedetineerden (**mentale en intellectuele beperkingen, anderstaligen, ...**) vallen bij de activiteiten en dienstverlening van externe partners vaak uit de boot of worden onvolgende bereikt. De beperkte financiële middelen en het personeelstekort beletten de diensten om een inclusieve werking uit te bouwen waarbij er op maat kan worden gewerkt. Bovendien werken deze diensten hoofdzakelijk vraaggestuurd waardoor de meest kwetsbare personen soms de weg naar de hulp- en dienstverlening niet kunnen vinden.

Handicap: in de Vlaamse gevangenissen zijn mobiele VAPH-teams aanwezig die begeleiding bieden aan gedetineerden met een verstandelijke beperking, autisme of niet-aangeboren-hersensletsel. Ze bieden psychosociale ondersteuning, ondersteuning bij het reclasseringstraject alsook vorming en ondersteuning aan personeelsleden. Toch merken de VAPH-diensten dat hun aanbod niet voldoet aan de vraag en moeten ze wachtlijsten hanteren. Het valt te betreuren dat geen initiatieven van dit type worden gefinancierd door de Franse Gemeenschapscommissie (PHARE) of het Waals Gewest (AVIQ) in Franstalige gevangenissen.

AANBEVELINGEN

Breid het aanbod van externe diensten voor patiënt-gedetineerden, waaronder personen met een handicap, uit in Franstalige gevangenissen en verzeker een goede afstemming tussen de verschillende dienstverleners.

- ➔ Ministers van Justitie + Volksgezondheid en Welzijn in de verschillende deelregeringen

Garandeer de toegang van alle geïnterneerde personen, ook de meest kwetsbaren, tot externe dienstverlening.

- ➔ Ministers van Justitie + Volksgezondheid en Welzijn in de verschillende deelregeringen

2.5 Communicatie en uitwisseling

Zorgteam-penitentiair personeel

Er bestaat een **spanningsveld** tussen het zorg- en penitentiair personeel. Door hun verschillende achtergrond en opdracht hebben zij een **uiteenlopende visie**. Het zorgpersoneel vraagt meer openheid en een groter activiteitenaanbod. Het bewakingspersoneel speelt weliswaar een belangrijke rol in de ondersteuning van patiënt-gedetineerden, maar moet in eerste instantie de veiligheid bewaren.



Er is onvoldoende **informatie-uitwisseling** tussen beide diensten. Het **beroepsgeheim** van het zorgpersoneel met betrekking tot medische informatie brengt met zich mee dat het penitentiair personeel niet altijd over informatie beschikt die van belang kan zijn voor een goede omgang met patiënt-gedetineerden.

Het hoge **personeelsverloop** en de **personeelstekorten** bij penitentiair beambten, en de recente **uitbreiding van de zorgteams**, waardoor ook het aantal bewegingen van patiënt-gedetineerden binnen de gevangenis toeneemt, bemoeilijken de verstandhouding tussen zorg- en penitentiair personeel.

In bepaalde gevangenissen leidt dit tot een negatieve dynamiek waarbij **(zorg-)activiteiten** dienen te worden **opgeschort** wegens een tekort aan personeel om de bewegingen te begeleiden.

In de meeste gevangenissen bestaan initiatieven om de samenwerking te verbeteren in de vorm van **recurrente overleggen** tussen directie, zorg en penitentiair personeel. Toch leiden deze overleggen niet altijd tot meer uitwisseling ten voordele van de patiënt-gedetineerde en ontbreekt het aan informele communicatiemechanismen.

In gevangenissen waar **vaste teams** van (meer ervaren) penitentiair beambten zijn toegewezen aan de ABM of psychiatrische afdeling, verloopt de samenwerking beduidend beter dan in gevangenissen waar veel geroteerd dient te worden.

Tot slot dient opgemerkt te worden dat het grootste deel van de penitentiair beambten wel degelijk positief staat ten aanzien van de toegenomen zorgvang voor patiënt-gedetineerden en wil bijdragen aan het verbeteren van hun psychosociaal welzijn.

AANBEVELINGEN

Zet in op sterkere formele en informele samenwerkingsmechanismen tussen zorg- en veiligheidspersoneel (overlegmomenten, uitwisseling van informatie, gezamenlijke activiteiten, ...).

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

PSD-Zorgteam

In penitentiaire voorzieningen zijn de **functies van zorg (zorgteam) en expertise (PSD) gescheiden**. Het primaire doel van deze scheiding is om te voorkomen dat dezelfde persoon de dubbele rol van zorgverlener en deskundige verslaggever bij de Kamer tot Bescherming van de Maatschappij (KBM) vervult. Meer fundamenteel is het doel om de vertrouwensrelatie in de zorgverlening te beschermen.

De rapportagefunctie van PSD kan de relatie tussen geïnterneerde personen en PSD belemmeren, een relatie die nochtans van belang is voor het uitwerken van het re-integratietraject. De scheiding van informatie kan echter ook de taak van beide diensten bemoeilijken. De PSD heeft toegang tot het gerechtelijk dossier, maar geen toegang tot informatie over de pathologie en de behandeling van de patiënt. Dit kan ertoe leiden dat PSD over **onvolgende informatie** beschikt voor het opstellen van expertiseverlagen. De mogelijkheid om geïnformeerde toestemming te verkrijgen van de persoon om deze informatie wel vrij te geven, maakt het mogelijk om dit obstakel te overwinnen. Deze mogelijkheid wordt in de praktijk echter weinig gebruikt. Via formele en informele communicatiemechanismen proberen zorgteams en PSD ondanks deze beperkingen een manier van samenwerken te ontwikkelen die essentieel is om het zorg- en re-integratieproject van de patiënt op elkaar af te stemmen.

3. DE GEVANGENIS, GEEN ZORGVOORZIENING

3.1. Behandeling

De **medicamenteuze behandelingen** worden meestal toegediend in overeenstemming met de internationale aanbevelingen over psychotrope middelen (met betrekking tot geneesmiddelencombinaties, doseringen en contra-indicaties).



Anderzijds bestaat er **geen spoor van de controleprotocollen voor het opvolgen van de mogelijke bijwerkingen** van bepaalde geneesmiddelen (checklist van de parameters die gedurende de tijd op systematische wijze moeten worden gecontroleerd), wat een risico inhoudt voor de gezondheid van de patiënt-gedetineerde.

Veel patiënt-gedetineerden **stemmen niet in** met de behandeling (anosognosie door hun aandoening, een gebrek aan informatie over de behandeling, bijwerkingen) of schommelen vaak tussen toestemming en weigering (vooral wanneer ze een verbetering van hun algemene toestand merken).

Orale medicatie wordt vaak uitgedeeld door het penitentiair personeel.

In sommige gevangenissen wordt een onderscheid gemaakt tussen medicatie die 'onder toezicht' (uitgedeeld door het medisch personeel) en 'zonder toezicht' (uitgedeeld door de penitentiair beampten) moet worden ingenomen. De werktijden van verpleegkundigen stellen hen echter niet altijd in staat om de verschillende dagelijkse distributies te verzorgen.

De penitentiair beambten die de geneesmiddelen uitdelen en toezien op de inname ervan, worden daarbij belast met een verantwoordelijkheid die hen eigenlijk niet toe zou mogen behoren. De verpleegkundigen kunnen vaak een essentieel onderdeel van hun klinische functie niet uitvoeren.

Bovendien **wordt de zorgrelatie aangetast** door de materiële omstandigheden: de consultaties vinden plaats in ongeschikte, soms verouderde lokalen die de vertrouwelijkheid en het comfort dat voor de zorg nodig is, niet garanderen. Het zorgpersoneel voelt zich niet veilig tijdens de verplaatsingen en de therapeutische activiteiten (geen werkende oproepknop, onangepaste inrichting van de kantoren, geen penitentiair beambten beschikbaar om hen te begeleiden).

KWETSBAARHEDEN

Patiënt-gedetineerden, vaak ouderen met een neurodegeneratieve aandoening (dementie): de detentieomstandigheden vormen een reëel risico op verslechtering van hun geestelijke en lichamelijke gezondheid en komen neer op vernederende behandeling. Deze patiënten hebben intensieve medische zorg nodig, met regelmatige controle van verschillende parameters (bloeddruk, opvolging van de voeding enz.). Vanuit neuropsychologisch oogpunt vereisen degeneratieve hersenaandoeningen ook dagelijkse cognitieve stimulatie en oefeningen om geheugenverlies te vertragen. De detentieomstandigheden en het personeelstekort zorgen ervoor dat deze patiënten geen specifieke zorg krijgen.

AANBEVELINGEN

Stel in het kader van de opvolging van de behandeling protocollen op voor het controleren van mogelijke bijwerkingen van geneesmiddelen.

➔ DG EPI

Garandeer dat de geneesmiddelen alleen door het verpleegkundig personeel (en niet door het gevangenispersoneel) worden uitgedeeld, om de regelgeving betreffende medische handelingen na te leven.

➔ DG EPI

Voorzie in een eigen consultatieruimte voor de psychiaters en psychologen die binnen het zorgteam werken.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Voorzie in een grondige en transversale reflectie over de zorg voor bijzonder kwetsbare profielen (in het bijzonder mensen met een ernstige mentale beperking en/of neurologische en niet-psihiatrische aandoeningen) tijdens hun hele zorgtraject.

➔ Alle bevoegdheidsniveaus en in samenwerking toezicht-houdende instantie voor personen met een handicap

3.2. Therapeutische activiteiten

Ondanks de inzet van het personeel zijn er **onvoldoende** activiteiten en voldoen ze niet – of slechts in zeer beperkte mate – aan **de behoeften van de personen in kwestie** op gebied van (zelf)waardering, re-integratie en autonomie.

De therapeutische activiteiten die over het algemeen aan patiënten worden aangeboden, zijn sporten, koken, creatieve workshops, gezelschapsspelen

en begeleiding bij persoonlijke hygiëne, wassen en onderhoud van de cellen. In zekere zin onderscheiden deze activiteiten zich qua doelstelling nauwelijks van de ontspanningsactiviteiten.

Patiënten zijn vrij om deel te nemen en het zorgteam moedigt hen regelmatig aan om deel te nemen. In sommige gevangenissen worden de deelnemers echter geselecteerd op basis van de beschikbare plaatsen of hun klinische toestand.

In een van de bezochte gevangenissen is er elke dag van de week een therapeutische wandeling van een uur. Die activiteit wordt aangeboden aan alle patiënt-gedetineerden (na goedkeuring door de psychiater). Ze vindt plaats in aanwezigheid van de leden van het zorgteam en de penitentiair beambten en is een groot succes (zestig deelnemers).

Naast het tekort aan personeel zijn er echter nog een aantal problemen, met name: het beperkte aantal deelnemers, het gebrek aan communicatie over het activiteitenaanbod, het gebrek aan geschikte lokalen en benodigdheden voor activiteiten, het gebrek aan activiteiten in de avonduren en in het weekend en het beperkte aanbod tijdens vakanties (gebrek aan continuïteit).

De meeste patiënt-gedetineerden stelden dat ze zich vervelen en lijden onder hun eenzaamheid. Die situatie heeft nadelige gevolgen voor hun eigenwaarde, welzijn en werkt angstgevoelens in de hand.

KWETSBAARHEDEN

Vrouwelijke en mannelijke geïnterneerden of gedetineerden met geestelijke gezondheidsproblemen in het gewone regime hebben geen toegang tot de therapeutische activiteiten van het zorgteam.

Patiënt-gedetineerden met een verstandelijke beperking of een dubbele diagnose worden weinig betrokken door de zorgteams door een gebrek aan tools en kennis om hen te begeleiden.

AANBEVELINGEN

Zie erop toe dat alle patiënt-gedetineerden op de hoogte zijn van het programma van therapeutische activiteiten en er daadwerkelijk toegang toe hebben.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Garandeer voor alle patiënt-gedetineerden – of ze nu geïnterneerd zijn of niet, en zowel mannen als vrouwen – een evenwichtig en toereikend aanbod van therapeutische activiteiten dat voldoet aan hun behoeften op het gebied van zelfwaardering, re-integratie en autonomie.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Neem alle noodzakelijke maatregelen om de veiligheid van het zorgpersoneel te waarborgen, zodat de goede organisatie van therapeutische activiteiten niet in het gedrang te komt.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Voorzie therapeutische wandelingen in alle inrichtingen.

➔ DG EPI

3.3. Beheer van het medisch dossier

Alle medische gegevens worden geregistreerd in het **programma 'Epicure'**, dat door de meeste artsen als **verouderd** wordt beschouwd. Het programma is omslachtig, traag, weinig gebruiksvriendelijk en laat niet toe om medische informatie op een gestructureerde manier te beheren of om informatie te koppelen aan het medisch dossier van de patiënt buiten de gevangenis. Al het zorgpersoneel kijkt vol ongeduld uit naar de invoering van een nieuw programma.

Afhankelijk van de gevangenis bevat het **medisch dossier** in 'Epicure' meer of minder gedetailleerde informatie over de symptomen, de diagnose (of diagnostische hypothese) en de behandeling van de patiënt.

In sommige inrichtingen omvat dit dossier ook de beslissingen vermeld om patiënten onder dwang te behandelen of de redenen voor plaatsing in een isolatiecel.

Doorgaans zijn de medische en psychiatrische voorgeschiedenis, de persoonlijke anamnese of familieanamnese, de diagnostische hypothesen en de klinische evolutie niet opgenomen in het medisch dossier van de patiënten. Deze informatie staat soms wel vermeld in interne documenten van het zorgteam of in persoonlijke aantekeningen van de arts. Om toegang te krijgen tot deze informatie, is de toestemming van de patiënt vereist.

Over het algemeen heeft het hele zorgteam toegang tot het medisch dossier in 'Epicure'. Als de patiënt-gedetineerde naar een andere penitentiaire inrichting wordt overgebracht, heeft het zorgteam in de nieuwe inrichting ook toegang tot het medisch dossier.

Er is geen gestructureerde manier om het medisch dossier van de patiënt bij diens vrijlating door te geven aan een arts buiten de gevangenis. Dat heeft een impact op de opvolging van de behandeling en het beheer van medische gegevens. Bij zijn vrijlating heeft de patiënt in het beste geval een voorschrift en medicatie voor een erg korte periode (één tot drie dagen) op zak.

AANBEVELINGEN

Draag psychiaters op om systematisch een diagnostische hypothese op te nemen in het digitale medisch dossier ('Epicure' en/of toekomstig programma).

➔ DG EPI

Waarborg de continuïteit van de zorg, zowel voor als na de detentie, door de medische informatie van de patiënt, mits diens toestemming, te verzamelen en over te dragen aan elke nieuwe behandelend arts.

➔ Minister van Volksgezondheid

3.4. Zelfmoordpreventie

De zelfmoordpreventie **is zeer ontoereikend**.

De delegaties konden geen specifiek protocol identificeren met betrekking tot het risico op suicide. Er zijn heel weinig of zelfs geen affiches die gericht zijn op zelfmoordpreventie te zien in de gemeenschappelijke ruimten.

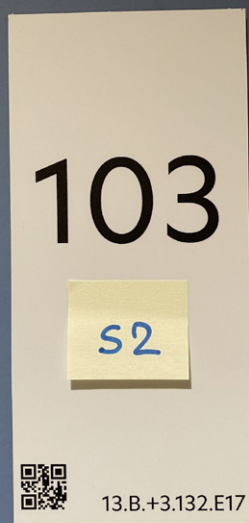
Op één uitzondering na worden er geen **opleidingen** georganiseerd om suiciderisico te herkennen.

In het **medisch dossier** wordt maar zelden melding gemaakt van zelfmoordneigingen. Wel wordt er doorgaans verhoogd toezicht (bekend als "S2") voorzien. Er werd echter nooit verduidelijkt wat dat precies inhoudt, afgezien van het feit dat er om de 10 tot 15 minuten een penitentiair beambte gaat kijken om visueel te controleren of de patiënt zichzelf geen schade heeft toegebracht.

Sommige patiënt-gedetineerden delen hun sombere gedachten niet met het personeel uit angst voor eventuele maatregelen die daarop zouden volgen

(individueel regime, isolatiecel, ...). De penitentiair beambten geven aan dat ze minder snel noodsignalen opmerken, omdat de werklast te hoog is. Door een gebrek aan opleiding weten ze ook niet welke procedures ze moeten volgen in het geval van een zelfmoord(poging).

Na een zelfmoord van een patiënt-gedetineerde krijgen de andere patiënt-gedetineerden onvoldoende **psychologische opvolging**, wat angst en leed veroorzaakt. Het gevangenispersoneel wordt geconfronteerd met hetzelfde probleem, maar kan op verzoek wel rekenen op de ondersteuning van een interne dienst.



AANBEVELINGEN

Voer een echt preventie- en opvolgingsbeleid in rond suïcide, conform de richtlijnen die door DG EPI op 28 maart 2023 aan de gevangenispenissen werden gericht.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Organiseer opleidingen inzake suïcidepreventie voor al het personeel en zorg ervoor dat de procedures bij "S2"-toezicht (verhoogd toezicht) duidelijk zijn.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Bied proactief psychologische ondersteuning aan patiënt-gedetineerden en personeel na een zelfdoding van een patiënt-gedetineerde.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

3.5. Re-integratie

De meeste geïnterneerde personen hebben het moeilijk met de ellenlange **wachttijden** om een plaats in een zorgvoorziening buiten de gevangenis te krijgen, ongeacht of ze al een beslissing van de kamer voor de bescherming van de maatschappij hebben gekregen of na een herroeping.

Die wachttijden bemoeilijken hun vertrouwensrelatie met de PSD, die hen moet ondersteunen bij de **voorbereiding** op hun re-integratie.

Wat re-integratie betreft, vormen de mobiele equipes internering, wanneer een beroep op hen gedaan wordt, een echte schakel tussen de verschillende verblijfplaatsen van geïnterneerden.

Maar ondanks de inzet van de verschillende teams loopt de wachttijd voor opname in een zorgvoorziening buiten de gevangenis vaak op tot meerdere jaren. Daarnaast voldoen de gevonden plaatsen meestal niet aan de daadwerkelijke behoeften van de geïnterneerden. Factoren die daartoe bijdragen zijn:

- lange wachtlijsten voor plaatsingen in forensisch psychiatrische centra (FPC), inrichtingen tot bescherming van de maatschappij (IBM) of beveiligde psychiatrische ziekenhuizen;
- de tijdrovende en complexe voorbereiding van de individuele dossiers door de PSD vanwege de wachttijd (gemiddeld een jaar) die kan verstrijken voordat het openbaar ministerie de dossiers doorverwijst naar de kamer voor de bescherming van de maatschappij (KBM);
- een gebrek aan middelen binnen de PSD om alle expertisetaken uit te voeren die deze dienst toekomen;
- het feit dat de opvang van geïnterneerden die op proef zijn vrijgelaten, op strikt vrijwillige basis gebeurt, terwijl er in het geval van plaatsing een overeenkomst bestaat tussen de bevoegde ministers en de voorziening;
- te strenge en onduidelijke toelatingscriteria van ziekenhuizen waarbij soms bepaalde profielen uitgesloten worden

(patiënt-gedetineerden die kampen met middelengebruik, zouden bijvoorbeeld systematisch geweigerd worden);

- het tekort aan plaatsen in voorzieningen van het Waals Agentschap voor Levenskwaliteit voor mensen (AVIQ) en de Brusselse Franstalige Dienst voor Personen met een Handicap (PHARE) om geïnterneerde personen met een verstandelijke beperking, seksuele delinquenten, mensen met een dubbele diagnose of ouderen op te vangen;
- de sluiting van T-bedden in neuropsychiatrische dagafdelingen voor de behandeling van volwassen patiënten.

De geïnterneerde personen gaan daar op twee manieren mee om: ze raken het verblijf in de afdeling beu en beginnen gedragsstoornissen en -problemen te vertonen, of ze beginnen zich af te sluiten waardoor de band die in de loop der tijd was opgebouwd teniet wordt gedaan en hun geestelijke toestand verder aftakt.

Bij vrijlating staat het eerste jaar van het verblijf van een op proef in vrijheid gestelde geïnterneerde in een psychiatrische instelling volledig in het teken van het verwerken van het trauma van het verblijf in de gevangenis.

KWETSBAARHEDEN

Veroordeelden met geestelijke gezondheidsproblemen: ondanks de psychiatrische opvolging die sommigen krijgen, blijven ze uitgesloten van de re-integratiemodaliteiten voor geïnterneerde personen. Bijgevolg zitten deze personen meestal hun straf volledig uit (tot strafeinde), zonder enige voorbereiding of oplossing op maat van hun gezondheidstoestand bij vrijlating, waardoor het risico op recidive toeneemt.

Personen zonder recht op verblijf: zij worden gedwongen om voor onbepaalde tijd in penitentiaire inrichtingen of gesloten centra te verblijven, ook wanneer ze in aanmerking zouden kunnen komen voor een invrijheidstelling op proef of zelfs voor definitieve invrijheidstelling.

AANBEVELINGEN

Besteed bij de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg aandacht aan de re-integratie van veroordeelden met geestelijke gezondheidsproblemen.

➔ Ministers van Justitie en Volksgezondheid

Zet de ontwikkeling van crisisbedden en andere alternatieven voort om het beroep op schorsingsmaatregelen te voorkomen.

➔ Minister van Volksgezondheid

Garandeer voldoende plaatsen in plaatsingsvoorzieningen om de opvang van personen met een herroeping te waarborgen.

➔ Minister van Volksgezondheid

4. INCIDENTENBEHEER: BALANCEREN TUSSEN VEILIGHEID, ZORG EN HUMANITEIT

Het gebruik van dwang en isolatie in gevangenissen is een complex en gevoelig onderwerp, des te meer ten aanzien van gedetineerden met psychische problemen. Het huidige wettelijk kader houdt onvoldoende rekening met complexe realiteit van het verlenen van psychiatrische zorg aan patiënt-gedetineerden.

4.1. Tucht

Het **tuchtregime** wordt zonder onderscheid toegepast op de hele gevangenisbevolking, inclusief op patiënt-gedetineerden waarbij het niet vanzelfsprekend is dat hun handelingen aan hen toerekenbaar zijn.

De vraag naar de toerekenbaarheid staat centraal tijdens de tucht-procedure, des te meer bij patiënt-gedetineerden waarbij de vereiste

verantwoordelijkheid voor hun handelen kan ontbreken. De directeur kan op basis van de beschikbare informatie oordelen over de vraag of de tuchtrechtelijke inbreuken toerekenbaar zijn aan patiënt-gedetineerden. De directie kan hiervoor ook advies vragen aan de zogenaamde expert-psychiater (de psychiater van de PSD).

Over het algemeen worden er **weinig tuchtsancties** opgelegd aan patiënt-gedetineerden. In bepaalde gevangenissen krijgen zij verhoudingsgewijs aanzienlijk minder vaak een tuchtsanctie opgelegd. De directie probeert het aantal tuchtsancties te beperken en zet in op bemiddeling om de tuchtprocedure te vermijden.

Daarnaast leiden een aantal tuchtrapporten ("rapporten aan de directeur") tot een bijzondere veiligheidsmaatregel of een therapeutische maatregel. Het voornemen om geschillen of incidenten buiten de tuchtprocedure te behandelen is **enerzijds lovenswaardig, maar het is anderzijds belangrijk om ervoor te zorgen dat procedurele waarborgen van patiënt-gedetineerden worden gerespecteerd**. Bij een bijzondere veiligheidsmaatregel of een therapeutische maatregel is er bijvoorbeeld niet voorzien in de bijstand van een advocaat, wat het voor patiënt-gedetineerden moeilijk of onmogelijk kan maken om zich te laten horen of om de genomen maatregelen volledig te begrijpen. Hoewel deze (therapeutische) maatregelen in het belang van de patiënt-gedetineerden kunnen worden genomen, blijft het van essentieel belang dat zij over voldoende wettelijke waarborgen beschikken, zoals bijvoorbeeld juridische bijstand of bijstand van een vertrouwenspersoon. Daarnaast is het belangrijk dat de toezichthoudende instanties deze beslissingen en hun motivering kunnen traceren en controleren.

De tuchtsanctie die het vaakst voorkomt is de **afzondering in de** aan de gedetineerde toegewezen **verblijfsruimte** waarbij de patiënt-gedetineerden tot maximaal 30 dagen op cel dienen te verblijven en niet mogen deelnemen aan gemeenschappelijke activiteiten. Dit brengt een hoge mate van sociaal isolement met zich mee en brengt hun welzijn en de gunstige evolutie van de geestelijke gezondheidsproblemen in het gedrang. Hetzelfde geldt voor de

vaak opgelegde maatregel waarbij patiënt-gedetineerden worden uitgesloten van de gemeenschappelijke wandeling en alleen naar de individuele wandeling mogen gaan. Vanwege de staat van de individuele wandeling weigeren patiënt-gedetineerden regelmatig om naar buiten te gaan.

KWETSBAARHEDEN

Personen met een ernstige verstandelijke beperking begrijpen niet altijd de reden en de noodzaak van de tuchtmaatregel (individuele wandeling, isolatie als disciplinaire maatregel, ...).

AANBEVELINGEN

Stop het gebruik van elke vorm van isolatie als disciplinaire maatregel voor patiënt-gedetineerden.

➔ DG EPI

Zorg ervoor dat in elke procedure de rechten en wettelijke waarborgen van patiënt-gedetineerden worden gerespecteerd en dat zij volledig in staat zijn de situatie te begrijpen en hun standpunt kenbaar te maken.

➔ DG EPI

Geef voorrang aan bemiddeling en dialoog alvorens de tuchtprocedure op te starten en te doorlopen.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

4.2. Gebruik van dwang

Wanneer een patiënt-gedetineerde in een psychische crisis verkeert of bij een incident betrokken is, kunnen er **gedwongen behandelingen**, **dwangmaatregelen** of, in uitzonderlijke gevallen, **fixaties** worden toegepast.

Een patiënt-gedetineerde in een crisissituatie die een gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen kan gedwongen medicatie krijgen. Wanneer hij de medicatie weigert te nemen, kan er worden overgegaan tot een **behandeling onder dwang** door toediening van medicatie via **injectie**. Dit is een medische beslissing van de zorg-psychiater. De toediening van de medicatie gebeurt door verpleegkundigen of een arts. Bij een behandeling onder dwang gebeurt de toediening in de beveiligde cel. Voor de overbrenging naar de beveiligde cel wordt de patiënt-gedetineerde geboeid of gebeurt de overbrenging door het interventieteam. Het aantal gedwongen behandelingen onder dwang varieert per gevangenis. In één gevangenis wordt er nooit overgegaan tot een gedwongen behandeling, de patiënt-gedetineerde wordt dan per ambulance overgeplaatst naar een nabijgelegen gevangenis. Wanneer er in andere gevangenissen in uitzonderlijke gevallen toch een gedwongen behandeling plaatsvindt, wordt de patiënt-gedetineerde voor 24 uur in observatie gehouden. Doorgaans verblijft hij of zij gedurende die periode in een isolatie.

In elke gevangenis zijn er isolatiecellen die uitgerust zijn met **fixatiebedden**. In de praktijk wordt er slechts in erg uitzonderlijke gevallen overgegaan tot het medisch fixeren van patiënt-gedetineerden in psychische crisis. Dit omdat fixatie een medische handeling is en er



in de gevangenis niet te allen tijde medisch geschoold personeel aanwezig is. Het CPT beveelt aan om uitdrukkelijk afstand te doen van het gebruik van fixatiebedden in penitentiaire inrichtingen².

Verder worden **maatregelen van rechtstreekse dwang** gebruikt bij overplaatsing naar een isolatiecel. Meer precies gaat het om het gebruik van hand-, voetboeien of van klemtechnieken. De frequentie en de mate waarin dwangmiddelen worden aangewend verschilt van inrichting tot inrichting. In de meeste gevangenissen worden patiënt-gedetineerden niet systematisch geboeid tijdens de overbrenging naar een isolatiecel, in andere gevangenissen is er wel sprake van een systematisch gebruik van boeien. In een gevangenis worden de handen en de voeten van patiënt-gedetineerden door middel van kledingstukken systematisch vastgebonden bij een plaatsing in een isolatiecel. Naar het oordeel van het CPT kan het systematisch gebruik van handboeien of andere dwangmiddelen bij opsluiting in de strafcel worden beschouwd als buitenproportioneel en als een onmenselijke en vernederende behandeling³.

Opvallend is dat er onduidelijkheid bestaat over de **procedures die interventieteams moeten volgen** bij het gebruik van maatregelen van rechtstreekse dwang. Het gevangenispersoneel verwijst doorgaans naar de basisopleiding die zij ontvangen in het opleidingscentrum voor penitentiair personeel. De delegatie ontving echter geen duidelijke procedure, noch konden ze tijdens de bezoeken worden voorgelegd. Duidelijke procedures kunnen nochtans slechte behandelingen of een disproportioneel gebruik van geweld ten aanzien van patiënt-gedetineerden voorkomen. Tijdens de bezoeken stelde de delegatie vast dat er bepaalde gevallen zijn waarbij de interventieteams onnodige dwang aanwenden of zelfs geweld gebruiken ten aanzien van patiënt-gedetineerden. Dit is onaanvaardbaar en houdt een schending in van het verbod op foltering, onmenselijke en vernederende behandeling en bestraffing (art. 3 EVRM).

² CPT, Bezoek aan Litouwen, 2016, [CPT/Inf \(2018\) 2](#), par. 86.

³ CPT, bezoek aan Hongarije, 2009, [CPT/Inf \(2010\) 16](#), par. 57.

AANBEVELINGEN

Stel een einde aan het systematische gebruik van handboeien bij een plaatsing in de isolatiecel.

➔ DG EPI/ Directies penitentiaire inrichtingen

Voorzie in een passende (voor)opleiding voor het penitentiaire personeel dat verantwoordelijk is voor de aanwending van maatregelen van rechtstreekse dwang.

➔ DG EPI

Voorzie duidelijke procedures voor de interventies van de interventieteams.

➔ DG EPI

Gebruik dwangmiddelen enkel in gevallen waarin er een reëel en imminent gevaar bestaat voor de fysieke integriteit van de gedetineerde, het personeel of derden.

➔ DG EPI

Herinner het gevangenispersoneel aan het verbod op het gebruik van dwangmiddelen wanneer de patiënt-gedetineerden coöperatief zijn.

➔ DG EPI / Directies penitentiaire inrichtingen

Investeer in opleidingen en het gebruik van gesprekstechnieken die gericht zijn op de-escalatie.

➔ DG EPI / Directies penitentiaire inrichtingen

Neem uitdrukkelijk afstand van het gebruik van fixatiebedden in een penitentiaire context.

➔ DG EPI

4.3. Isolatie

Onder **afzondering of isolatie** wordt verstaan de eenzame opsluiting van patiënt-gedetineerden gedurende 22 uur of meer per dag, zonder betekenisvolle sociale contacten (zie [regel 44](#) van de Nelson Mandela Rules).

De patiënt-gedetineerden kunnen binnen het kader van de basiswet in isolatie worden geplaatst ten gevolge van een voorlopige maatregel, een bijzondere veiligheidsmaatregel of een individueel bijzonder veiligheidsregime. In de praktijk verblijven patiënt-gedetineerden in afzondering tot wel **23 uur per dag op cel** en kunnen ze enkel naar de individuele wandeling gaan.

De sociale interacties van patiënt-gedetineerden in isolatie worden tot een minimum herleid. het gebrek aan sociale interactie, toegang tot zinvolle activiteiten en aangepaste zorg kan het **welzijn** van de patiënt-gedetineerden negatief beïnvloeden en hun **psychische problemen** verergeren. Daarnaast worden er in de praktijk ook vormen van afzondering toegepast waarvoor **geen wettelijk kader** bestaat. Vooreerst is er de **medische isolatie** waarbij de patiënt-gedetineerde na het toedienen van dwangmedicatie gedurende een bepaalde periode wordt geobserveerd.



Tijdens de observatie worden ze in straf- of beveiligde cellen geplaatst die niet aangepast zijn aan de standaarden die van toepassing zijn in een ziekenhuisomgeving. Ook therapeutische maatregelen (zie hoofdstuk 4.4) kunnen een mate van isolatie met zich meebrengen.

Tot slot kunnen patiënt-gedetineerden op eigen verzoek in een straf- of beveiligde cel verblijven om tot rust te komen. Het merendeel van de bezochte inrichtingen beschikt ook over afzonderlijke cellen voor **vrijwillige isolatie**, zogenaamde prikkelarme cellen, time-out cellen of "*cellules de réflexion*". Het is belangrijk om te benadrukken dat gedetineerden die vrijwillig in afzondering gaan op elk moment en op eigen verzoek deze cel moeten kunnen verlaten.

De registratie van de isolerende maatregelen dient te gebeuren in daartoe bestemde registers. In de praktijk laat het gebruik van de registers te wensen over waardoor het rechtmatige gebruik van isolatie niet altijd kan worden nagegaan (zie ook 4.6. Registers).

Samenvattend, **afzondering** van patiënt-gedetineerden **is geen uitzondering** in de penitentiaire inrichtingen. Nochtans is het op lange termijn net belangrijk om gedurende de afzonderingsperiode contact te behouden, om de professionele relatie in stand te houden en om te werken aan een terugkeer naar het gewone regime.

Op het vlak van preventief werken is er dan ook nog verbetering mogelijk, enkel op die manier kan men het aantal afzonderingen terugdringen of afzondering voorkomen. De basis van goede zorg en het voorkomen van incidenten is nabijheid, waardoor bepaalde signalen of kleine spanningen onmiddellijk kunnen worden opgevangen om vervolgens op zoek te gaan naar een gepaste manier om hiermee om te gaan. In bepaalde inrichtingen wordt er gewerkt met '**signaleringsplannen**' voor bepaalde patiënt-gedetineerden. Ook het inzetten op de **dynamische veiligheid** in de penitentiaire inrichtingen speelt hierbij een belangrijke rol.

KWETSBAARHEDEN

Personen met een **ernstige verstandelijke beperking** begrijpen niet altijd de reden en de noodzaak van de isolatie.

Het is verboden om **zwangere vrouwen en vrouwen met kinderen** in isolatie te plaatsen.

Omdat gedetineerden in isolatie zich in een kwetsbare situatie bevinden, is het belangrijk dat een arts of psychiater dagelijks de gedetineerden in afzondering **controleert** om te beoordelen of deze maatregel hun **gezondheid** niet schaadt. Dit geldt ook voor observatie via camera.

AANBEVELINGEN

Gebruik afzondering enkel als een zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel, in geval van een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke of psychische integriteit van patiënt-gedetineerden of andere personen, en enkel wanneer andere alternatieve maatregelen niet volstaan.

➔ DG EPI en directies penitentiaire inrichtingen

Pas de isolatiecellen aan, aan de standaarden die van toepassing zijn in een ziekenhuisomgeving.

➔ DG EPI en Regie der Gebouwen

Ontwikkel en implementeer een specifiek protocol voor de afzondering van patiënt-gedetineerden, zoals gebruikelijk is in de psychiatrische sector, om ervoor te zorgen dat hun specifieke behoeften en rechten worden gerespecteerd en beschermd.

➔ DG EPI

Ontwikkel en implementeer preventieve maatregelen en werkwijzen om het aantal afzonderingen sterk terug te dringen.

➔ DG EPI

4.4. Therapeutische maatregelen

Het huidige wettelijk kader houdt onvoldoende rekening met de **complexe realiteit** van het verlenen van psychiatrische zorg in een penitentiaire context.

De basiswet voorziet in het opleggen van **bijzondere veiligheidsmaatregelen** wanneer er ernstige aanwijzingen bestaan van een gevaar voor de orde en de veiligheid. De directeur kan bijvoorbeeld beslissen om de deelname aan gemeenschappelijke activiteiten te beperken of om bepaalde voorwerpen te ontnemen, zoals bijvoorbeeld vuurgevaarlijke voorwerpen. Het **wettelijk kader** van bijzondere veiligheidsmaatregelen is **niet aangepast aan het werken met patiënt-gedetineerden**. Bij verslechtering van de psychische toestand van een patiënt zijn preventieve maatregelen soms nodig voor het garanderen van orde en veiligheid.

In de praktijk worden er bijgevolg zogenaamde **'therapeutische maatregelen'** genomen. Dit zijn maatregelen die door de zorgpsychiater worden genomen ten aanzien van patiënt-gedetineerden die problematisch gedrag vertonen of wiens toestandbeeld ongunstig evolueert, waarbij de orde en veiligheid in de inrichting in het gedrang kan komen. Deze maatregelen houden in dat patiënt-gedetineerden van bepaalde activiteiten worden uitgesloten, dat hun bepaalde voorwerpen (bijvoorbeeld: een aansteker) worden ontnomen of in een straf- of beveiligde cel worden geplaatst (*'medische isolatie'*). De zorgpsychiater mag door het beroepsgeheim bepaalde informatie niet delen met de gevangenisdirectie, die als enige bijzondere veiligheidsmaatregelen kan opleggen. De directie beschikt dus niet over al de informatie die ze nodig heeft om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen. In andere gevallen kaderen de maatregelen binnen de gedragsmatige en therapeutische aanpak, zonder dat er een directe dreiging voor orde en veiligheid bestaat, maar deze kunnen wel een invloed hebben op de pathologie en behandeling van patiënt-gedetineerden.

Deze beslissingen kunnen weliswaar vanuit therapeutisch oogpunt wenselijk of noodzakelijk zijn, maar houden niettemin een inperking in van de rechten van patiënt-gedetineerden. De basiswet biedt **geen wettelijk kader** voor deze therapeutische beslissingen, hierdoor zijn er ook geen wettelijke waarborgen voorzien voor de patiënt-gedetineerden.

AANBEVELINGEN

Voorzie in een aangepast wettelijk kader voor de regulering van deze therapeutische maatregelen dat tegelijkertijd aan patiënt-gedetineerden de nodige rechtsbescherming biedt.

➔ **Minister van Justitie**

4.5. Foullering

In de gevangenissen blijven **foulleringen op het lichaam** ('naaktfoulleringen') een courante praktijk.

Een naaktfoullering is een zeer ingrijpende en potentieel vernederende maatregel. Daarom moet het gebruik ervan onderworpen zijn aan strenge criteria. Daarnaast dient elke redelijk inspanning worden geleverd om het schaamte-element te minimaliseren en moet de foullering worden uitgevoerd door minimaal twee beambten van hetzelfde geslacht als de patiënt-gedetineerden.

De kwaliteit van de **motivering** van de beslissingen tot foullering op het lichaam verschilt naargelang de penitentiaire inrichting. In bepaalde inrichtingen worden gestandaardiseerde motiveringen gebruikt, dit is niet in overeenstemming met de wettelijk vereiste motiveringsplicht.

Bij een **plaatsing in een isoleercel** moeten patiënt-gedetineerden van kledij wisselen onder toezicht van gevangenispersoneel en speciale kledij aantrekken. In bepaalde gevallen neemt de gevangenisdirectie daarvoor een gemotiveerde beslissing tot foullering op het lichaam. In andere gevallen noemt men dit een “**kledijwissel**” en blijft een gemotiveerde beslissing van de directie uit.

Over de beslissingen tot en de **wijze van uitvoering** van de foulleringen op het lichaam ontving de delegatie nauwelijks klachten van de patiënt-gedetineerden. Dit is een opvallend vaststelling omdat het een zeer ingrijpende en potentieel vernederende maatregel is. De vraag rijst of de kwetsbare patiënt-gedetineerden op de hoogte zijn van het wettelijk kader en de voorschriften inzake de uitvoering van de foulleringen.

KWETSBAARHEDEN

In de penitentiaire inrichtingen waar **vrouwelijke** patiënt-gedetineerden verblijven, worden de naaktfoulleringen soms uitgevoerd door mannelijke personeelsleden. Dit is in strijd met de wettelijke bepalingen.

Bij **transgender personen** beslist de directie over de foullering op het lichaam en het geslacht (potentieel ook non-binair) van de met die taak belaste penitentiaire beambten. De richtlijnen van DG EPI⁴ stellen dat het aangewezen is dat de directieleden hierbij zoveel mogelijk rekening houden met de voorkeur van de transgender personen.

⁴ Aanbevelingen / richtlijnen voor de omgang met transgender gedetineerde personen, 2 maart 2023 FOD Justitie.

AANBEVELINGEN

Stap af van de praktijk om geïsoleerde gedetineerden systematisch te verplichten speciale kledij te dragen en sta gedetineerden, waarbij geen specifiek risico is geconstateerd, toe hun eigen (detentie)kledij te dragen.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Neem steeds een gemotiveerde beslissing voor elke foullering op het lichaam waarbij de geïndividualiseerde aanwijzingen dat een onderzoek aan de kledij niet volstaat om te controleren of gedetineerden in het bezit zijn van verboden of gevaarlijke voorwerpen duidelijk worden benoemd (art. 8 en 108, § 2 van de basiswet).

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Zorg ervoor dat alle foulleringen worden uitgevoerd met eerbiediging van de rechten van de gedetineerden zoals gewaarborgd door artikel 108 van de basiswet.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Informeer patiënt-gedetineerden op een verstaanbare en toegankelijke wijze over het wettelijk kader en de geldende voorschriften rond de foulleringen op het lichaam. Ook bij de uitvoering van een foullering op het lichaam dient het penitentiair personeel zich bewust te zijn van de kwetsbaarheid en de bijzondere afhankelijkheidspositie van patiënt-gedetineerden.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

Hou rekening met de voorkeur van transgender personen bij de bepaling van het geslacht van de penitentiaire beampten die belast zijn met de uitvoering van een foullering op het lichaam.

➔ Directies penitentiaire inrichtingen

4.6. Registers

De tuchtrechtelijke sancties, bijzondere veiligheidsmaatregelen, individueel bijzonder veiligheidsregimes en dwangmaatregelen moeten worden geregistreerd in daarvoor bestemde registers. Het gebruik van deze **registers** is echter niet gestandaardiseerd, waardoor de nauwkeurigheid en kwaliteit van de registratie sterk variëren tussen verschillende inrichtingen. De registratie laat vaak te wensen over. Desondanks is dit van groot belang om de transparantie te vergroten en de proportionaliteit, legaliteit en noodzaak ervan op onafhankelijke wijze te kunnen controleren. Dit werkt preventief en beschermend en maakt het toezicht door onafhankelijke toezichtorganen mogelijk. Wanneer in crisissituaties wordt besloten tot een gedwongen behandeling door middel van injectie, wordt dit geregistreerd in het **medisch dossier** van de patiënt-gedetineerden. De medische dossiers worden echter niet in alle inrichtingen even goed beheerd en vermelden niet altijd de gedwongen behandelingen en de omstandigheden die daartoe hebben geleid.

Bovendien worden deze **therapeutische maatregelen** doorgaans niet geregistreerd in een apart register, wat de traceerbaarheid en het toezicht op deze maatregelen bemoeilijkt. In sommige gevallen worden de therapeutische maatregelen wel opgenomen in het medisch dossier van de patiënt-gedetineerden, maar dit medisch dossier is vanzelfsprekend vertrouwelijk en kan zonder toestemming van de patiënt niet worden geraadpleegd.

AANBEVELINGEN

Zorg ervoor dat alle wettelijke verplichte registers in elke penitentiaire inrichting op een uniforme en correcte manier worden gebruikt en beheerd.

➔ DG EPI en Directies penitentiaire inrichtingen

Zie erop toe dat de medische dossiers goed worden beheerd en dat gedwongen behandelingen in het medisch dossier en in een afzonderlijk daartoe bestemd register (dat toegankelijk is voor de toezichthoudende instanties) worden geregistreerd.

➔ DG EPI

CONCLUSIE

Sinds de eerste veroordeling door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in 2012 worden dezelfde vaststellingen herhaald door internationale toezichtorganen en het maatschappelijke middenveld.

In 2024 vormen de conclusies van de gezamenlijke bezoeken van de CTRG en Unia hierop geen uitzondering.

Ten eerste is de zorgverlening in gevangenissen ontoereikend en onaangepast en is continuïteit van de zorg buiten de gevangenis moeilijk te garanderen. Ten tweede is het gevangenisleven, waarin disciplinaire maatregelen en veiligheidsaspecten centrale elementen zijn, onverenigbaar met de zorgbehoeften van de patiënt-gedetineerden. Zo is de infrastructuur verouderd, is er te weinig zorgpersoneel, is het gevangenispersoneel onvoldoende opgeleid op het gebied van geestelijke gezondheid en zijn de re-integratiemogelijkheden erg beperkt.

Tegelijkertijd neemt het aantal gedetineerden met geestelijke gezondheidsproblemen alsmaar toe. Daarbovenop hebben de geïnterneerden erg intensieve therapeutische opvolging nodig.

Unia en de CTRG herinneren de autoriteiten aan de dringende noodzaak om die impasse te doorbreken.

Deze situatie is nog ingewikkelder voor personen met andere kwetsbaarheden, zoals een intellectuele, zintuiglijke of motorische handicap, hun gender of gebrekkige kennis van de voertalen in de gevangenis. Aangezien de meeste gevangenissen geen psychiatrische afdeling voor vrouwen hebben, worden de vrouwen in kwestie in het gewone regime geplaatst en krijgen ze niet dezelfde zorg als de mannen op de psychiatrische afdeling. Ook op het gebied van werk, fysieke activiteiten en opleidingen krijgen ze niet dezelfde mogelijkheden.

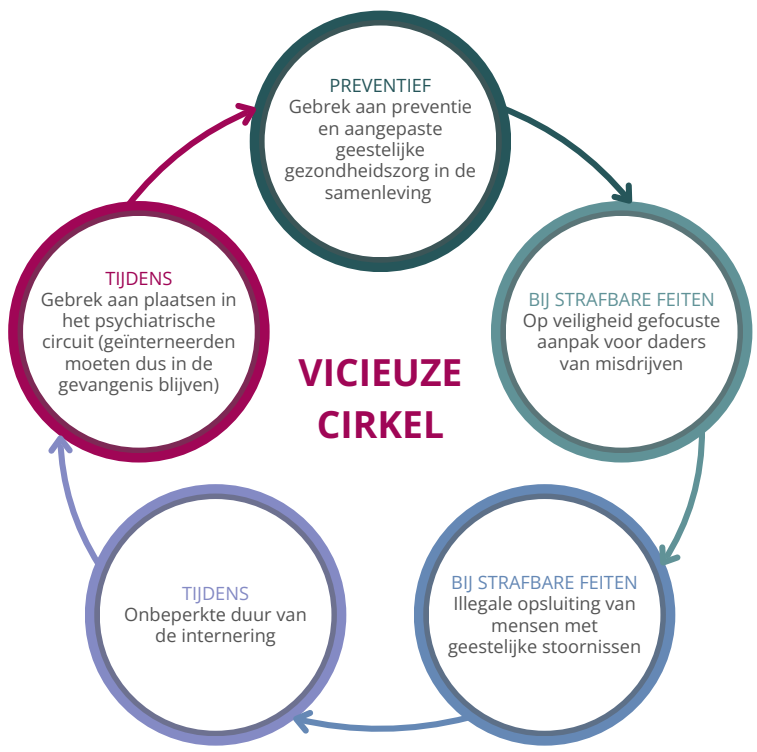
In deze context – en in navolging van vele Belgische en internationale toezichthoudende instanties, zorgverleners, families en patiënt-gedetineerden zelf – trekken de CTRG en Unia aan de alarmbel over de situatie van geïnterneerden die vaak jarenlang in gevangenissen verblijven. Deze situatie is des te ernstiger omdat ze gewoonweg illegaal is en ongestraft wordt toegestaan door de Belgische Staat, tenzij er gerechtelijke stappen worden ondernomen door de strijdvaardigste geïnterneerden.

De zorgverstrekking aan geïnterneerden door de **FOD Volksgezondheid** in geschikte zorgvoorzieningen is dan ook een absolute voorwaarde om **de wet na te leven en een einde te stellen aan het opsluiten van geïnterneerde personen in gevangenissen**.

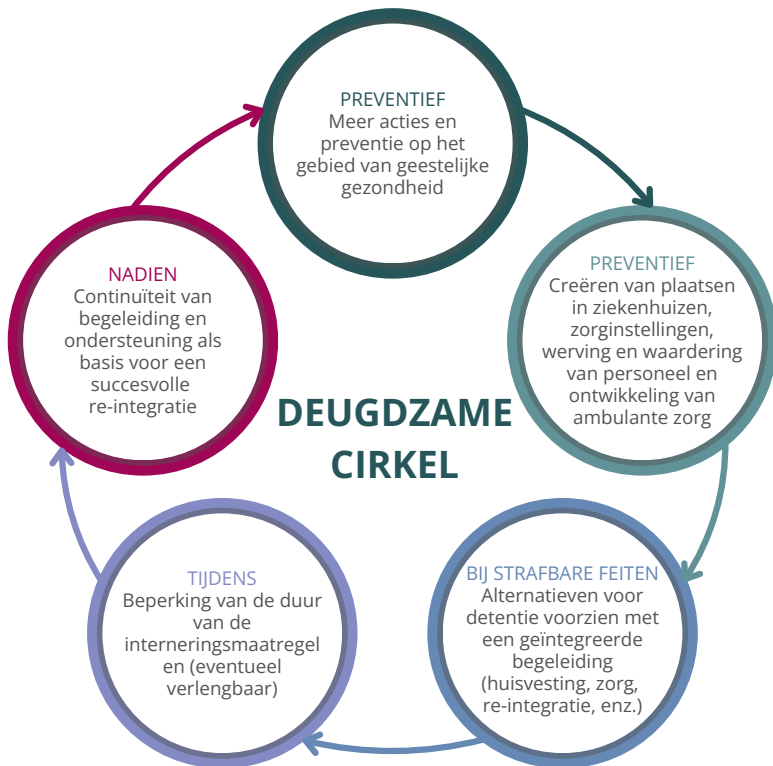
De bevoegde autoriteiten moeten **onmiddellijk** in alternatieven voor detentie in de gevangenis voorzien en de resolutie van de Raad van Europa van december 2024 ten uitvoer leggen. De inwerkingtreding van het nieuwe Strafwetboek onderstreept de noodzaak en urgentie van zulke alternatieven. Dit zal het namelijk mogelijk maken om behandelingen onder vrijheidsberoving op te leggen aan personen die momenteel niet onder de interneringsmaatregel vallen. Daarbij zal er een beroep worden gedaan op de reeds verzadigde zorgvoorzieningen.

Meer fundamenteel moeten de middelen anders worden ingezet en gaan naar **preventie, re-integratie en de volledige eerbiediging van fundamentele rechten**, in plaats van naar een duur, veiligheidsgericht en niet-herstellend systeem.

Het doel is om te voorkomen dat mensen feiten plegen waardoor een interneringsmaatregel uitgesproken wordt, omdat ze daarvoor niet op het juiste moment de geschikte zorg of behandeling konden krijgen. Succesvolle preventie zou **de huidige vicieuze cirkel kunnen doorbreken**. Een cirkel waarbij personen een maatregel van onbepaalde duur opgelegd krijgen en in veel gevallen naar de gevangenis moeten, wat erg schadelijke gevolgen heeft.



Er moet een **positieve spiraal van zorg** worden gecreëerd waarbij zorg altijd beschikbaar is en naar waarde geschat wordt. Zowel de residentiële als ambulante zorg moet tegemoetkomen aan de werkelijke behoeften van de patiënt. En wanneer er feiten gepleegd worden die leiden tot een interneringsmaatregel, mag de gevangenis niet langer dienen als verblijfplaats voor geïnterneerden. Er bestaan en ontwikkelen zich alternatieven voor detentie. Deze bieden ondersteuning bij het re-integratieplan, het zorgtraject en de zoektocht naar huisvesting. Elke vrijheidsbeneming moet van bepaalde duur zijn.





***Alleen dan zal het Belgische systeem voldoen
aan de internationale normen en eindelijk
uit de impasse raken!***

Regelgeving

Het Belgische recht met betrekking tot de situatie van geïnterneerden berust op meerdere nationale normen, die op zichzelf geïnspireerd zijn door internationale normen of aanbevelingen.

De **basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden** voorziet in:

Basiswet van 12 januari 2005

-  Alle garanties en regimes die gelden voor alle gedetineerden, inclusief geïnterneerden (art. 167, §1)
-  Gelijkwaardige zorg en toegang tot kwaliteitsvolle zorgverlening voor gedetineerden (art. 87 en 88)
-  Systematische bijstand van een advocaat voor geïnterneerden in tucht-, klachten- en beroepsprocedures (art. 167, §4)
-  Een detentieplan dat rekening houdt met de specifieke behoeften van de geïnterneerde (art. 167, §3)

De wet van 5 mei 2014 betreffende de internering regelt de procedures voor de internering en de plaatsing van personen in forensische psychiatrische centra, zorginstellingen of afdelingen en inrichtingen tot bescherming van de maatschappij. Ze vestigt de aandacht op de noodzaak om de patiënt een zorgtraject aan te bieden dat aangepast is aan zijn behoeften (art. 2); ze kent de patiënt uitdrukkelijk het recht op zorg toe. Zie schema uit het verslag van Unia “Re-integratie van geïnterneerde personen: welke uitdagingen in een rechtsstaat?”

Preventie

Feiten >>

[Gerechtelijke fase]

Opening van het gerechtelijk onderzoek

- In vrijheid
- Voorlopige hechtenis

Forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek / Inobservatiestelling*

Interneringsbeslissing

[uitvoering internering]

ZTI

* Optionele stap

ZTI: Zorgtraject Internering
KBM: Kamer voor de Bescherming
van de Maatschappij
FPC: Forensisch Psychiatrisch Centrum

Periodieke zitting bij KBM

Plaatsing*

- Inrichting of afdeling tot bescherming van de maatschappij
- FPC
- Inrichting erkend door de bevoegde overheid en die een overeenkomst betreffende de plaatsing heeft afgesloten

Beslissing KBM (eerste zitting)

- Plaatsing
- Invrijheidstelling op proef
- Vervroegde invrijheidstelling met oog op verwijdering van het grondgebied of met het oog op overlevering
- Elektronisch toezicht

Invrijheidstelling op proef*

(schorring,  herroeping, herziening)*

- Residentieel of ambulant

[Definitieve invrijheidstelling]

Uitdagingen re-integratie

UNIA

De [collectieve brief nr. 140](#)[octies van 24 december 2024](#) van DG EPI bevat de instructies omtrent de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering voor penitentiaire inrichtingen.

De [ministeriële omzendbrief nr. 1800 van 7 juni 2007](#) inzake zorgequipes in psychiatrische afdelingen van de gevangenissen, in afdelingen en inrichtingen tot bescherming van de maatschappij vermeldt de taken van de zorgteams:

Ministeriele omzendbrief n°1800 van 7 juni 2007



Onthaal



Samenstelling van het dossier van de patiënt



Bepalen van de therapeutische activiteiten



Samenstelling van de teams en multidisciplinaire samenwerkingen

De [wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt](#) legt meerdere principes vast die verband houden met het recht op gezondheid en de kwaliteit van de zorg.

Ze bevat geen specifieke bepalingen over gedetineerden met geestelijke stoornissen.

Op internationaal niveau:

België ratificeerde in 2009 het [VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap](#). Dit verdrag pleit voor een breed begrip van de notie 'handicap': "**die ruimere interpretatie van de handicap omvat motorische handicap, chronische ziekte of aandoening, visuele handicap, auditieve handicap, verstandelijke handicap, meervoudige handicap, psychische stoornissen, autismespectrumstoornis, leerstoornissen.**"

Via dit verdrag verbinden de staten zich ertoe diverse rechten zoals de toegang tot gezondheidszorg, werk of opleidingen of de eerbied voor de veiligheid en de integriteit van personen na te leven, te bevorderen en te beschermen, en redelijke aanpassingen door te voeren wanneer dat nodig blijkt te zijn.

De geestelijke gezondheid als handicap is een criterium voor discriminatie en die discriminatie kan in voorkomend geval worden gemeld aan [Unia](#).

Het [Geheel van VN-minimumregels voor de behandeling van gedetineerden](#): regels 24-29 en 31 over de toegang tot de zorg en regels 25, 30-34 over de rol van de gezondheidswerker.

Op Europees niveau zijn de belangrijkste normen:

Het [Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden](#) en de normen, ontleend aan de rechtspraak van het [Europees Hof voor de Rechten van de Mens](#), met name op grond van de artikelen 2 (recht op leven), 3 (verbod op onmenselijke of vernederende behandeling) en 5, § 1 (recht op vrijheid en veiligheid) van het Verdrag. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens waakt over de naleving van het Verdrag door de lidstaten.

De arresten van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens betreffende de detentieomstandigheden op psychiatrische afdelingen in België brengen [herhaaldelijke schendingen van de rechten van gedetineerden en van artikel 3 EVRM](#) aan het licht (arresten *Claes*, *Rooman*, *L.B.*). In verschillende arresten werden de autoriteiten veroordeeld vanwege [de ongeschiktheid van de inrichtingen, het gebrek aan geschikte zorg en structuren en het langdurig verblijf van de verzoekers in onmenselijke omstandigheden](#), zonder uitzicht op verbetering. Dergelijke omstandigheden veroorzaken [een situatie die het onvermijdelijke leed dat inherent is aan detentie overschrijdt](#), zoals bijvoorbeeld de voortdurende overplaatsingen die een adequate psychologische opvolging verhinderden en waardoor de kwetsbaarheid van de persoon verergerd, in strijd met artikel 5 (arrest Bamouhammad).

Het Hof benadrukte herhaaldelijk dat er geen daadwerkelijk rechtsmiddel is voorzien, wat in strijd is met artikel 13.

De terugkerende aanbevelingen van het **Comité voor de Preventie van Foltering** in zijn **rapporten naar aanleiding van zijn bezoeken in België** en zijn thematische rapporten met betrekking tot o.a. de **gezondheidszorg in de gevangenis** of **vrouwen in de gevangenis**:

Aanbevelingen van het CPT



Ervoor zorgen dat de therapeutische teams voldoende in kwantiteit en kwaliteit zijn



Voorzien in multidisciplinaire teams (psychiaters, psychotherapeuten, verpleegkundigen, ergotherapeuten ...)



Toegang garanderen tot uiteenlopende behandelingen, niet alleen medicatie, maar ook gesprekken en therapeutische groepsactiviteiten



Opsluiting beperken voor geïnterneerden



Isolatie als tuchtsanctie verbieden

De **European Prison Rules**: regels 39 tot 48 met betrekking tot gezondheid, meer bepaald regel 47 over de geestelijke gezondheid.

REFERENTIES

CTRG, Unia

- Verslag van het bezoek aan de gevangenenissen Jamioulx, Bergen, Haren, Turnhout en Gent

CTRG, Unia, FIRM

- Gezamenlijke mededeling aan het Comité van Ministers van de Raad van Europa over de groep zaken LB t. België (2024)

Unia (Instituut voor gelijkheid en tegen discriminatie)

- Verslag "Re-integratie van geïnterneerde personen: welke uitdagingen in een rechtstaat?" (2023)

CTRG

- Verslag van het bezoek aan de gevangenis van Merksplas (2023)
- Advies over het lot van de geïnterneerden (2021)
- Verslag van het ad-hoc bezoeken aan de inrichting tot bescherming van de maatschappij van Paifve (enkel in het Frans beschikbaar) (2020)

Europees Hof voor de Rechten van de Mens

- EHRM, Thematische fiche Detentie en geestelijke gezondheid (FR); Detention and mental health (ENG)
- Follow-up van de groep arresten van het EHRM L.B. t. België (coe.int) door het Comité van Ministers van de Raad van Europa en interim resolutie nr. CM/ResDH(2024)331 van het Comité van Ministers van de Raad van Europa

Comité voor de preventie van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing

- Verslagen van het Comité voor de preventie van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing. Engelse versie : [Het CPT en België \(coe.int\)](#) ; Franstalige versie : [Le CPT et la Belgique - CPT](#)
- Aanbevelingen van het CPT over de [Gezondheidsdiensten in de gevangenissen](#)
- [3e activiteitenverslag van het CPT \(1992\)](#) (in het Frans), met een hoofdstuk over de gezondheidsdiensten in de gevangenis. [Engelse versie](#)
- [8e activiteitenverslag van het CPT \(1997\)](#) (in het Frans) met een hoofdstuk over onvrijwillige plaatsing in een psychiatrische instelling. [Engelse versie](#)
- [10e activiteitenverslag van het CPT \(1999\)](#) (in het Frans), met een hoofdstuk over vrouwen die van hun vrijheid zijn beroofd. [Engelse versie](#)
- [16e activiteitenverslag van het CPT \(2005-2006\)](#) (in het Frans), met een hoofdstuk over het gebruik van fixatiemiddelen in een psychiatrische omgeving. [Engelse versie](#)

Comité van Ministers van de Raad van Europa

- Witboek van de Raad van Europa over het beheer van mensen met psychische gezondheidsproblemen door gevangenissen en reclaseringsdiensten (feb. 2023): [Franstalige versie](#) en [Engelse versie](#)

FOD Justitie

- Databank van [de regelgeving van het DG EPI](#)
- Pagina FOD Justitie over [psychologische en psychiatrische begeleiding in de gevangenis](#)
- [Rondetafelgesprek over internering](#) (video), door de FOD Justitie georganiseerd in het kader van een reeks [rondetafelgesprekken over overbevolking in de gevangenissen](#) (2022)

Coördinatie zorgtraject geïnterneerden:

- www.netwerkeninternering.be

Geestelijke gezondheid in de gevangenis: een uitweg uit de impasse!

Verslag van bezoeken van de CTRG en UNIA, 2025

CTRG

Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen

Leuvenseweg 48/2, 1000 Brussel

T +32 (0)2 549 94 70

UNIA

Interfederaal Gelijkekansencentrum

Victor Hortaplein, 40 bus 40, 1060 Brussel

T +32 (0)2 212 30 00

Wettelijk depot: D/2025/15328/01

Redactie en foto's: CTRG en Unia

Verantwoordelijke uitgevers: Patrick Charlier, Els Keytsman, Marc Nève

Ontwerp en druk: Centrale drukkerij van de Kamer van volksvertegenwoordigers

Vertaling: BelgaTranslations

We bedanken iedereen die heeft deelgenomen aan de bezoeken en heeft meegewerkt aan deze brochure:

Oliviero Aseglio, Marie Castagne, Ambre Deprez, Laura Dekkers, Bart De Temmerman, Sarah Grandfils, Laure Gréban, Sofie Helsen, Marie Horlin, Pieter Houbey, Anaïs Lefrère-Jeanjean, Florence Liégeois, Marc Nève, Mathieu Place, Carole Poncin, Kim Sersté, Marie-Claude Soille, Émilie Torck, Pauline Tuts, Fien Van Damme, Quinten Vercruysse, Guido Walpot