



Re-integratie van geïnterneerde personen: welke uitdagingen in een rechtstaat?

Aanbevelingen



Dankwoord

Voordat we dit rapport beginnen, willen we graag onze oprechte dank uitspreken aan iedereen die heeft bijgedragen aan de totstandkoming ervan.

We zijn bij het maken van dit rapport bijzonder onder de indruk geweest van de vaak heldere kijk van geïnterneerden op hun situatie en hun vermogen om zichzelf bloot te geven.

Ook de moed, het lijden en het gevoel van machteloosheid van hun naasten hebben ons getroffen. Zo ook de inzet en menselijkheid van de professionals in de sector.

Mededeling aan de lezer

Dit rapport geeft een stem aan geïnterneerde personen en andere betrokkenen op het gebied van internering. Het vertegenwoordigt verschillende standpunten van mensen in diverse functies, regio's en sectoren.

Omdat er zoveel verschillende perspectieven zijn, zullen niet alle betrokkenen het eens zijn met de conclusies van Unia.

Inhoudstafel

1. Inleiding	5
2. Methodologie & procedure	8
3. Internering: een parcours met bochten en breuklijnen	12
3.1 Preventie	14
3.1.1 Wettelijk kader	14
3.1.2 In de praktijk.....	14
3.1.3 Aanbevelingen Unia	15
3.2 Feiten	17
3.2.1 Wettelijk kader	17
3.2.2 In de praktijk.....	17
3.2.3 Aanbevelingen Unia	17
3.3 Opening van het gerechtelijk onderzoek	19
3.3.1 Wettelijk kader	19
3.3.2 In de praktijk.....	19
3.3.3 Aanbevelingen Unia	20
3.4 Psychiatrisch deskundigenonderzoek en inobservatiestelling	21
3.4.1 Wettelijk kader	21
3.4.2 In de praktijk.....	21
3.4.3 Aanbevelingen Unia	23
3.5 Interneringsbeslissing	24
3.5.1 Wettelijk kader	24
3.5.2 In de praktijk.....	24
3.5.3 Aanbevelingen Unia	26
3.6 Transversaal: zorgtraject internering (ZTI)	28
3.6.1 De sporen van het gevangenisverblijf	28
3.6.2 Moeilijkheden bij zorg- en informatieoverdracht.....	33
3.6.3 Een langdurig en niet altijd aangepast traject.....	34
3.6.4 Betrekken van het netwerk	35
3.6.5 Interne rechtspositie	36
3.6.6 Patiënteninspraak, klachten- en preventiemechanismes	37
3.6.7 Geïnterneerde vrouwen	38
Aanbevelingen Unia:	32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39
3.7 Afwachting zitting en eerste zitting KBM	39
3.7.1 Wettelijk kader	39
3.7.2 In de praktijk.....	39
3.7.3 Aanbevelingen Unia	39
3.8 Plaatsing	40
3.8.1 Wettelijk kader	40
3.8.2 In de praktijk.....	40
3.8.3 Aanbevelingen Unia	44
3.9 Invrijheidstelling op proef	45
3.9.1 Wettelijk kader	45
3.9.2 In de praktijk.....	45
3.9.3 Aanbevelingen Unia	52
3.10 Definitieve invrijheidstelling en uitdagingen re-integratie . 54	
3.10.1 Wettelijk kader	54
3.10.2 In de praktijk.....	54
3.10.3 Aanbevelingen Unia	55
4. Conclusie	56
5. Bijlagen	58

Afkortingen

- **ABM:** Afdeling tot Bescherming van de Maatschappij
- **Art.:** artikel
- **AVIQ:** Agence pour une Vie de Qualité (Wallonië)
- **CPT:** Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing
- **CTRG:** Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen
- **“De wet”:** wet van 5 mei 2014 betreffende de internering
- **DG EPI:** directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen
- **EHRM:** Europees Hof voor de Rechten van de Mens
- **FIRM:** Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens
- **FOD:** Federale Overheidsdienst
- **FPC:** Forensisch Psychiatrisch Centrum
- **IBM:** Inrichting tot bescherming van de Maatschappij
- **IOP:** invrijheidsstelling op proef
- **KBM:** Kamer voor bescherming van de Maatschappij
- **NPM:** Nationaal Preventie Mechanisme
- **NICC:** Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie
- **OCMW:** Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
- **OPCAT:** Facultatief Protocol bij het Verdrag van de Verenigde Naties tegen foltering en andere wrede, onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen
- **PHARE:** Personne Handicapée Autonomie Recherchee (Brussel)
- **PSD:** psychosociale dienst in de gevangenis
- **SHNA:** structure d’hébergement non agréée
- **VAPH:** Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (Vlaanderen)
- **VN-Verdrag:** Verdrag van de Verenigde Naties betreffende de rechten van personen met een handicap
- **VN-Comité:** Comité van de Verenigde Naties voor de rechten van personen met een handicap
- **vte:** Voltijds Equivalent
- **ZTI:** zorgtraject internering

1. Inleiding

Unia treedt, als onafhankelijk en openbaar gelijkheidsorgaan, in dit rapport op als onafhankelijk mechanisme voor het monitoren van het Verdrag van de Verenigde Naties betreffende de rechten van personen met een handicap (hierna VN-Verdrag).

De Verenigde Naties staan voor een systemische en evolutieve definitie van het begrip handicap. Dit betekent dat personen met psychische problemen en/of een verstandelijke handicap, waaronder geïnterneerde personen, wel degelijk een handicap hebben en genieten van de rechten die gegarandeerd worden door het VN-Verdrag. Daarom evalueerde Unia de toegang van geïnterneerden tot die rechten. Met name de voorwaarden, diensten en middelen die hun autonomie en re-integratie tijdens hun zorgtraject bevorderen.

Unia bezocht sinds begin 2021 36 verschillende verblijfplaatsen van geïnterneerden. Dit rapport is gebaseerd op de ontmoetingen en interviews met geïnterneerden, hun naasten en professionals uit de sector. Het heeft niet de bedoeling om exhaustieve informatie te geven over de kwestie van internering in België.

Bovendien brachten onze bezoeken een aantal kwesties aan het licht die strikt genomen buiten het kader van onze monitoring vallen zoals de geestelijke gezondheid van gewone gedetineerden, het gebruik van voorlopige hechtenis, de verslavingsproblematiek ... Dit zijn kwesties die even dringende en noodzakelijke aandacht en actie verdienen.

1.1 Waarom een rapport over internering en met welke benadering?

Unia ontvangt en behandelt al jaren meldingen, op structureel en individueel niveau, van geïnterneerde personen uit verschillende voorzieningen. Ze gaan over verschillende gronden: de detentieomstandigheden, toegang tot een affectief en seksueel leven, toegang tot zorg of tot procedures met betrekking tot hun interneringstraject, het ontnemen van het rijbewijs ... De herhaling van bepaalde observaties, die door veel betrokkenen op het gebied van internering worden gedeeld, heeft geleid tot een bredere monitoring van deze plaatsen.

Internering is een veiligheidsmaatregel die bedoeld is om de samenleving te beschermen en het individu te verzorgen met het oog op zijn of haar re-integratie. In juni 2023 waren er 4.198 geïnterneerden in België, waarvan 891 in een penitentiaire voorziening verbleven¹. Het aantal geïnterneerden is de laatste jaren gestaag gestegen, hoewel de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering bedoeld was om de maatregel te beperken tot de meest ernstige gevallen.

De interneringsmaatregel roept veel vragen op. Ons land is veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, met name door een zogenaamd 'pilotarrest', voor de situatie van geïnterneerde personen in de Belgische gevangenissen. Hoewel de praktijk van internering nog steeds zorgen baart, hebben in het kielzog van de talrijke uitspraken door het Europees Hof de afgelopen jaren positieve ontwikkelingen plaatsgevonden.

Zo verwelkomen we de hervorming van de voormalige [Wet tot bescherming van de maatschappij](#), waarbij het toepassingsgebied van de maatregel is beperkt tot de ernstigste situaties en de nadruk wordt gelegd op zorg in het interneringstraject, evenals de toename van het aantal plaatsen in de reguliere zorgsector en de ontwikkeling van mobiele equipes internering die de vrijlating van geïnterneerden uit de gevangenissen en hun integratie in het zorgcircuit vergemakkelijken.

¹ Cijfers van juni 2023 verstrekt aan Unia door kabinet Justitie via DG EPI, september 2023.

Tot op heden stellen we echter vast dat de maatregel zoals die in het Belgische systeem wordt toegepast, niet in alle opzichten in overeenstemming is met de grondrechten van de betrokken mensen.

Dit rapport wordt opgesteld in de context van een maatschappij die steeds meer de nadruk legt op veiligheid en het creëren van nieuwe gesloten plaatsen in een poging om verschillende maatschappelijke problemen onder controle te houden.

Terwijl het VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap oproept tot een systeem van strafrechtelijke verantwoordelijkheid dat identiek is voor iedereen, met het oog op gelijke behandeling, maakt de huidige gevangeniscontext het onmogelijk om aanbevelingen in die richting te overwegen. Unia benadrukt dan ook sterk dat de gevangenis in zijn huidige vorm nefaste gevolgen heeft voor het welzijn van alle individuen en ondenkbaar is voor mensen met psychische stoornissen en/of intellectuele beperkingen.

Met dit rapport wil Unia de mensenrechten die in het bijzonder beschermd worden door het VN-Verdrag (recht op inclusie en onafhankelijk leven) centraal stellen bij de interneringsmaatregel. De uitdaging is om ervoor te zorgen dat artikel 14 (recht op vrijheid en veiligheid) en artikel 19 (recht op zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij) op elkaar inwerken om de doelstelling van re-integratie van de persoon te bevorderen. Aangezien grondrechten onderling afhankelijk en ondeelbaar zijn, zijn andere artikelen (in het bijzonder artikelen 24, 25 en 26) gebruikt in een subsidiaire hoedanigheid.

In dit rapport wordt het VN-Verdrag kort gepresenteerd, waarna de methodologie wordt geschetst waarop onze monitoring is gebaseerd. Daarna stellen we de belangrijke fases van het interneringsparcours voor, met telkens een verwijzing naar een schematische tijdslijn. Elke fase wordt besproken volgens drie invalshoeken: het wettelijk kader, de geobserveerde feiten in de praktijk (en vaak bevestigd door de literatuur waaruit Unia ook inspiratie haalde) en de aanbevelingen van Unia.

Geïnspireerd door de woorden en ervaringen van de betrokken personen, worden deze aanbevelingen vertaald in het licht van de transversale principes van het VN-Verdrag, in het bijzonder het recht op deelname aan de besluitvorming, inclusie, en gelijke behandeling.

Wanneer de tekst verwijst naar 'de wet' of artikels vermeldt zonder verdere verduidelijking, dan verwijst dit naar de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering en de artikels die deze bevat.

De bijlagen geven meer details over de algemene context van internering in België en het standpunt van verschillende internationale controlemechanismen op dit gebied. Het rapport is doorspekt met geanonimiseerde citaten van de gesproken personen.

1.2 Voor wie is dit rapport bestemd?

Gezien het tweeledige doel van de interneringsmaatregel (bescherming van de maatschappij en zorg) zijn zowel justitiële- als zorgactoren betrokken. Bij de uitvoering van de interneringsmaatregel zijn eveneens instanties en actoren betrokken die onder verschillende bevoegdheidsniveaus vallen.

Dit rapport roept dan ook op tot een transversale en collaboratieve aanpak. Het is daarom gericht aan alle bevoegde autoriteiten op het gebied van internering, meer bepaald aan de ministers van Justitie en Volksgezondheid (federaal en deelregeringen), en in subsidiaire orde tot andere bevoegdheidsdomeinen als de minister van Binnenlandse Zaken, alsook de federale en deelparlementen.

Het rapport wil ook de bijdragen aan nationale en internationale mensenrechtenorganisaties (VN-Comité voor personen met een handicap, Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing ...) inspireren. Het rapport is raadpleegbaar op de Uniawebsite en werd bezorgd aan de voorzieningen en de personen die we ontmoet hebben.

Verdrag van de Verenigde Naties betreffende de rechten van personen met een handicap

Het [VN-Verdrag](#) werd aangenomen door de Verenigde Naties op 13 december 2006. België ratificeerde het op 2 juli 2009. Het Verdrag is 1 augustus 2009 in werking getreden op Belgisch grondgebied. In 2011 werd Unia aangesteld als onafhankelijk mechanisme verantwoordelijk voor het promoten en beschermen van de rechten die gewaarborgd worden door het VN-verdrag, en voor het monitoren van het beleid, de wetgeving en de praktijken van de Belgische overheden op het vlak van personen met een handicap om na te gaan of ze voldoen aan de vereisten van dit verdrag.

Het VN-Verdrag is uniek omdat het op twee specifieke punten een paradigma-verschuiving introduceert:

- Het gaat uit van een omgevingsgerichte en **sociale benadering** van handicap: handicap is een evoluerend en systemisch concept. Handicap is het resultaat van een wisselwerking tussen de beperkingen van het individu en de hindernissen die worden opgeworpen door een niet-inclusieve samenleving;
- Op deze manier is de persoon met een handicap niet langer een persoon met een beperking die hulp of liefdadigheid nodig heeft, maar een **persoon met rechten**, net als ieder ander.

Het Verdrag bundelt en herhaalt de internationale normen en beginselen die inherent zijn aan de fundamentele rechten van personen met een handicap. Deze beginselen omvatten respect voor waardigheid, autonomie, keuzevrijheid, onafhankelijkheid, non-discriminatie, volledige en effectieve participatie in de samenleving, diversiteit en gelijke kansen.

Het Verdrag stelt geen nieuwe rechten vast. Het verduidelijkt en concretiseert hun inhoud om personen met een handicap in staat te stellen dezelfde rechten te genieten en effectief uit te oefenen als ieder ander mens.

Unia heeft in haar hoedanigheid van **monitoringmechanisme** voor het VN-Verdrag, en specifiek met betrekking tot internering, de volgende missie:

- **Promoten:** door bekendheid te geven aan het VN-Verdrag als instrument dat de rechten van geïnterneerde personen beschermt op de plaatsen waar ze verblijven.
- **Beschermen:** door verschillende interneringsplaatsen te bezoeken om ervoor te zorgen dat de fundamentele rechten van geïnterneerde personen worden gerespecteerd. In het bijzonder het recht op veiligheid (art. 14 – zie bijlage) en, net als ieder ander persoon, het recht om te kiezen voor een inclusief en autonoom leven (art. 19 – zie bijlage) als onderdeel van hun re-integratie.
- **Monitoren:** door adviezen uit te brengen op nationaal niveau over [wetsvoorstellen](#) gelieerd aan internering of de hervorming van boek 1 van het Strafwetboek, maar ook op internationaal niveau, bijvoorbeeld in het kader van de [universele periodieke evaluatie](#), het [herziene actieplan van België](#) en de [evaluatie van België door het VN-Comité](#) of het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT) (voor meer informatie, zie bijlage).

Deze drie missies zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Ze hebben tot doel ervoor te zorgen dat de implementatie van de maatregel, via regelgeving, beleid en praktijken, in overeenstemming is met de vereisten van het VN-Verdrag. Tot slot ondersteunen ze actief de vooruitgang naar inclusie.

2. Methodologie & procedure

Unia startte eind 2019 met de voorbereiding van dit rapport, bestaande uit het doornemen van de literatuur en ontmoetingen met betrokkenen in het thema, zowel penitentiaire-, gezondheids- als middenveldactoren.

Deze ontmoetingen gaven aanleiding tot een eerste verslag waarin Unia enerzijds kon vaststellen dat het VN-Verdrag zeer weinig bekend was en gemobiliseerd werd door de sector en zich anderzijds kon positioneren als monitoring-mechanisme door artikel 19 (recht op zelfstandig wonen) en artikel 14 (recht op vrijheid en veiligheid) van het VN-Verdrag samen te brengen.

De eigenlijke monitoringbezoeken begonnen eind 2021 en richtten zich op de leefomstandigheden van geïnterneerde personen in collectieve voorzieningen met het oog op hun re-integratie en het zorgtraject als geheel. De geïnterneerde personen die in vrijheid verblijven, zijn per definitie moeilijker te bereiken.

Om onze monitoringmissie in de verschillende interneringsvoorzieningen uit te kunnen voeren, verleende het directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen (DG EPI) verschillende Unia-medewerkers toegang tot de psychiatrische afdelingen van gevangenissen alsook de afdelingen en inrichtingen tot bescherming van de maatschappij (IBM/ABM).

De bezoeken werden meestal uitgevoerd door twee personen. Gemiddeld waren ze gespreid over twee tot drie dagen per voorziening. Tijdens de bezoeken sprak Unia systematisch met de geïnterneerde personen en de personeelsleden. De gesprekken met patiënten vonden doorgaans plaats in een lokaal dat door het personeel ter beschikking gesteld, of uitzonderlijk in een cel.

De gesprekken werden gevoerd met de geïnterneerde alleen of, in zeldzame gevallen, vergezeld van een vertrouwenspersoon indien daarom gevraagd werd. Vergaderingen met personeel vonden individueel of in groep plaats en altijd in een vergaderruimte of kantoor.

Elke bijeenkomst duurde ongeveer een uur. Het gesprek verliep telkens volgens een format van open en gesloten vragen. De vragen hadden betrekking op de rechten van geïnterneerden in het kader van het VN-Verdrag. We besteedden daarbij vooral aandacht aan het recht op vrijheid en veiligheid, alsook het recht op een zelfstandig leven vanuit het oogpunt van re-integratie (in het bijzonder hun visie op het traject, de obstakels en hefboomen die ze identificeren voor re-integratie, het gebruik van vrijheidsbenemende maatregelen, het gebruik van fixatie, de organisatie van activiteiten ...).

Voor elk gesprek werd de uitdrukkelijke toestemming van de geïnterneerden gevraagd en schriftelijk verkregen. De persoon was niet verplicht om onze vragen te beantwoorden. De informatie die tijdens al onze gesprekken werd verstrekt, werd schriftelijk vastgelegd. Gesprekken werden niet opgenomen.

De monitoring gebeurde op basis van een steekproef van inrichtingen die geselecteerd werden volgens bepaalde representativiteitscriteria: federaal en/of regionaal, evenwicht tussen mannen en vrouwen, landelijke en stedelijke gebieden, aantal geïnterneerden dat er verblijft, fase in het interneringstraject ...

Merk op dat de aanbevelingen voor de fasen 'preventie', 'opening van het gerechtelijk onderzoek' en 'definitieve invrijheidstelling' het resultaat zijn van ontmoetingen, buiten de monitoring, met professionals, families of met geïnterneerden die getuigenis aflegden van hun ervaringen, evenals van het doornemen van literatuur over dit onderwerp.

Unia bezocht:

4 psychiatrische afdelingen van de gevangenis, 2 vrouwenafdelingen in de gevangenis, 1 inrichting tot bescherming van de maatschappij (IBM), 4 afdelingen tot bescherming van de maatschappij (ABM), 1 forensisch psychiatrisch centrum (FPC), 3 psychiatrische ziekenhuizen (zowel open als gesloten (forensische) afdelingen), 1 psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), 1 initiatief voor Beschut Wonen (IBW), 1 Forensische VAPH-Unit.

Unia sprak er met 91 geïnterneerde personen (28 vrouwen en 63 mannen) en met 113 personeelsleden.

Naast deze bijeenkomsten ontmoette Unia ook extra muros (persoonlijk of via videoconferentie) andere actoren en belanghebbenden in het interneringsveld zoals:

- geïnterneerde personen in de thuissituatie (tijdens of na de internering)
- actoren in de gezondheidszorg of het welzijnswerk (waaronder mobiele equipes, netwerkcoördinatoren ...)
- justitiële actoren (justitieassistenten, advocaten, magistraten, DG EPI, coördinatoren extern zorgcircuit ...)
- naasten van geïnterneerde personen (ouders, broers en zussen)
- middenveldorganisaties (familievertegenwoordigers, vertegenwoordigers van personen met een psychische kwetsbaarheid ...)
- academisch experts

Met uitzondering van sommige reguliere psychiatrisch verzorgingstehuizen of psychiatrisch ziekenhuizen, moet benadrukt worden dat de meeste voorzieningen ons gemakkelijk toegang verleenden. We willen hen hiervoor bedanken.

De gesprekken waren steeds constructief. Unia merkte op dat hoe meer een instelling werd omschreven als “gesloten en beveiligd”, hoe gemakkelijker de toegang werd verstrekt.

De monitoring telt vier fases:

1. Verschillende **bezoeken** met een eerste kennismakingsbezoek van algemene aard: ontmoeting met de directie, kennismaking met de instelling en de werking, contact met bepaalde personeelsleden ... In de daaropvolgende bezoeken volgden gesprekken met het verzorgend personeel, de geïnterneerden en andere personeelsleden.
2. Voor elke gemonitorde voorziening werd een **vertrouwelijk verslag** opgesteld. Deze verslagen bestonden uit 7 afzonderlijke delen:
 - a. observaties van het personeel,
 - b. ervaringen van patiënten,
 - c. follow-up van aangekondigde of lopende projecten binnen de voorziening,
 - d. aanbevelingen van Unia aan de voorziening,
 - e. open vragen/thematische reflecties van Unia vanuit een systemisch/maatschappelijk oogpunt,
 - f. algemene aanbevelingen aan de autoriteiten,
 - g. goede praktijken.

De opmerkingen van respectievelijk personeelsleden en geïnterneerden werden geanonimiseerd. Unia zorgde ervoor dat de auteurs niet konden worden geïdentificeerd.

3. Daarna werd een **constructieve dialoog** gestart om het personeel te laten reageren op het rapport, informatie aan te vullen (of te corrigeren in geval van misverstanden), en te antwoorden op onze vragen. Nadien integreerden we deze informatie in het **verslag**.

Als de getuigenissen zorgwekkend waren, **informeerde** Unia onmiddellijk de directie van de voorziening en/of nam contact op met de commissarissen van toezicht of een andere bevoegde instantie, gemachtigd om de situatie op te volgen.

4. In 2024 organiseren we **opvolgbezoeken** om de uitvoering van de aanbevelingen te bespreken.

2.1 Bias

Onze interviews ontsnapten niet aan bepaalde bias, met name van methodologische en emotionele aard.

Ten eerste werden alle geïnterneerde personen die we ontmoetten, aangeduid door de voorziening, volgens de door Unia opgestelde representativiteitscriteria: verblijfsduur in de voorziening, leeftijd, statuut ... Bijgevolg is het zeer waarschijnlijk dat we niet met de meest kwetsbare geïnterneerden gesproken hebben (mensen die de landstalen niet spreken, door een crisis gaan, in afzondering verblijven ...).

Ten tweede zijn de redenen van de geïnterneerden om Unia te ontmoeten en in vertrouwen te nemen, waarschijnlijk variabel en onzeker: sommigen zullen bevestigend reageren op een verzoek van “autoriteiten” zonder werkelijk de wens te hebben om dat te doen; sommigen willen misschien eerder tijd doorbrengen buiten hun cel of kamer; het is niet ondenkbaar dat sommigen hopen op een verandering in hun persoonlijke situatie ...

Toch hadden we het gevoel dat alle mensen die we ontmoetten wel degelijk lucide en betrouwbaar waren tijdens het gesprek. Slechts één keer was het moeilijk om een dialoog tot stand te brengen, om redenen die verband hielden met de psychologische toestand van de persoon.

Met de beschikbare middelen en medewerkers was het niet mogelijk om alle locaties en regio's op dezelfde manier te behandelen, met name het reguliere zorgcircuit in Brussel werd niet bezocht. De aanbevelingen die in dit rapport worden gedaan, zijn bijgevolg niet exhaustief.

Ten slotte was het soms lastig om wat bepaalde mensen ons vertelden door te geven zonder dat ze herkend zouden worden of in de problemen zouden komen. Unia heeft altijd geprobeerd om de anonimiteit van de respondenten te bewaren en hun uitspraken nauwkeurig te rapporteren.

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

Preventie

Feiten >>



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

Afwachting zitting

- In vrijheid (onder voorwaarden)
- Detentie (psychiatrische afdeling, gewone cel) ⚠
- In vrijheid onder elektronisch toezicht

Invrijheidstelling op proef*

(schorsing, herroeping, herziening)*

- Residentieel of ambulantly

Periodieke zitting bij KBM

[Definitieve invrijheidstelling]

Uitdagingen re-integratie

* Optionele stap

3. Internering: een parcours met bochten en breuklijnen

De bovenstaande tijdslijn geeft het interneringstraject in België schematisch weer. Het doel is om feitelijke informatie weer te geven (alle stappen waarin de wet voorziet) en tegelijkertijd de aandachtspunten van Unia te benadrukken.

Het is niet de bedoeling om exhaustief te zijn, maar om de complexiteit van het traject en de verschillende fasen weer te geven. Hoewel elk interneringstraject uniek is, merkt Unia toch een aantal terugkerende patronen op.

In de volgende hoofdstukken gaan we op **chronologische wijze** dieper in op verschillende fasen van het parcours. Dat bestaat in grote lijnen uit:

- een **gerechtelijke fase** (van opening gerechtelijk onderzoek tot interneringsbeslissing) en
- een **uitvoeringsfase** (van eerste zitting Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij tot definitieve invrijheidstelling)

We starten en eindigen met het bespreken van de maatschappelijke context:

- de **preventie**, voor de **feiten**
- **re-integratie**, na een internering



[Preventie]

3.1 Preventie

3.1.1 Wettelijk kader

In dit hoofdstuk hanteren we ‘preventie’ als de overkoepelende term voor de maatschappelijke context en het voortraject van de geïnterneerde persoon, alvorens sprake is van een situatie die een internering kan legitimeren.

Veel geïnterneerden pleegden eerder al feiten en kenden veroordelingen. Tegelijk kwamen veel geïnterneerden al in contact met zorg- of welzijnsactoren zoals psychiatrische ziekenhuizen, ontwenningklinieken, inrichtingen voor personen met een handicap ...

Unia verwijst voor het wettelijk kader in algemene zin naar het recht op kwalitatieve zorgverstrekking gegarandeerd door [artikel 5 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt](#). In sommige gevallen zijn geïnterneerden eerder opgenomen geweest onder de [wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke](#) die de voorwaarden en procedures voor de gedwongen opname van een geesteszieke beschrijft.

Ten slotte moet de huidige situatie van de psychiatrische zorg ook bekeken worden vanuit het perspectief van [artikel 107 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen](#). De zogenaamde ‘artikel 107-hervorming’ heeft als doelstelling om gemeenschapsgerichte zorgnetwerken te creëren, waarbij de zorg dichterbij de thuisomgeving van de patiënt wordt gerealiseerd. De hervorming voorziet onder meer in een (tijdelijke) buitengebruikstelling van bedden, zodat het vrijgekomen personeel kan worden ingezet in alternatieve zorgverlening.

3.1.2 In de praktijk

Veel geïnterneerden hadden voor hun internering al nood aan psychosociale hulp, maar kregen er geen of te laat toegang toe.



“Ik was op zoek naar een opname, om wat rust te krijgen. Maar dat lukte niet. En dan liep het fout.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)

Verschillende personeelsleden alsook geïnterneerden geven aan dat er een gebrek is aan laagdrempelige preventie- en behandelmogelijkheden. De geestelijke gezondheidszorg wordt onvoldoende gefinancierd waardoor geestelijke gezondheidsproblemen escaleren en personen in het forensisch circuit terechtkomen. Het gaat bijvoorbeeld om gebrekkige toegang tot psychologen of psychiaters, maar ook om een beperkte capaciteit voor vrijwillige crisisopnames.

De eerder vermelde ‘art. 107-hervorming’ heeft bovendien ook geleid tot de sluiting van psychiatrische bedden, ten voordele van de ambulante zorgverlening, maar die blijkt ontoereikend te zijn om crisissituaties te vermijden.



“Er zijn reguliere psychiatrische bedden afgebouwd, maar ondertussen moeten we forensische bedden voor geïnterneerden bij creëren.”
(academisch expert – NL)

Nog in het kader van preventie, willen we de algemene ongelijkheid op vlak van gezondheid in de samenleving benadrukken. [Kwantitatief onderzoek van de christelijke mutualiteit CM](#) toont aan dat mensen met een lagere socio-economische status een groter risico lopen op geestelijke gezondheidsproblemen. Tegelijk vinden ze minder snel de weg naar preventieve- en eerstelijnszorg.

In een breder perspectief constateert Unia de toenemende toevlucht tot medische antwoorden op maatschappelijke en juridische problemen. Het idee bestaat dat waar risico's ontstaan omwille van afwijkend gedrag of geestelijke gezondheidsproblemen, we deze moeten medicaliseren en behandelen. In lijn met het VN-Verdrag benadrukt Unia de relevantie en duurzaamheid van een alomvattende benadering die meer nadruk legt op het welzijn van de persoon in bredere zin, in relatie met diens context.



“We zien een maatschappelijke tendens waarbij er meer aandacht is voor het behandelingsidee. Er wordt teveel gekeken naar behandeling vanuit het individueel perspectief: er is iets mis met de persoon en dat moet opgelost raken. Maar we moeten ook alle maatschappelijke randvoorwaarden aanpakken.”
(academisch expert – NL)

3.1.3 Aanbevelingen Unia

- Verhoog het budget voor geestelijke gezondheidszorg van 6 naar 12% van het federale gezondheidszorgbudget tegen 2030, conform de op 2 juli 2020 aangenomen [Kamerresolutie voor laagdrempelige en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg in \(post-\) coronatijden](#).
- Zet in op preventie, vroegtijdige detectie en gerichte zorgtoeleiding vanuit de leefomgeving van de persoon. Heb specifieke aandacht voor preventie en vroeginterventie in de context van kinderen en jongeren (scholen, vrije tijd ...), aangezien driekwart van de psychische stoornissen zich voordoet voor de leeftijd van 27.
- Versterk de gezondheidsvaardigheden bij de bevolking door laagdrempelige informatie over geestelijke gezondheidszorg te verspreiden.
- Garandeer de financiële toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid van laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische diensten.
- Onderzoek de impact van de ‘art. 107-hervorming’ op de beschikbaarheid van residentiële psychiatrische zorg.



[Feiten]

3.2 Feiten

3.2.1 Wettelijk kader

Een persoon die een misdaad of wanbedrijf pleegt die de fysieke of psychische integriteit van derden aantast of bedreigt, kan worden geïnterneerd. Een mogelijk oorzakelijk verband tussen de stoornis en de daad moet worden aangetoond. Dit gebeurt tijdens het psychiatrisch deskundigenonderzoek (art. 5).

Het bestaan, op het ogenblik van het misdrijf, van dit oorzakelijk verband tussen de stoornis en de feiten is cruciaal aangezien het in sommige gevallen kan leiden tot een vrijspraak in plaats van een internering.²

3.2.2 In de praktijk

De laatste jaren is de geestelijke gezondheid van de bevolking achteruitgegaan. Actoren op het terrein, waaronder politieambtenaren, worden rechtstreeks met dit probleem geconfronteerd, maar zijn niet altijd opgeleid of uitgerust om hiermee om te gaan.

In de praktijk kan de doorverwijzing van daders met psychische stoornissen variëren. In sommige gevallen zal het openbaar ministerie gebruikmaken van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, om de persoon die feiten gepleegd heeft naar een burgerrechtelijke opname te begeleiden. Dit alternatief vermijdt een voorlopige hechtenis en kan op lange termijn internering voorkomen.

Zorgwekkend is de situatie van mensen die geïnterneerd worden vanwege feiten gepleegd tijdens hun opname ter observatie volgens de wet van 26 juni 1990.



“De kwetsbaarheid neemt toe en steeds meer mensen worden geïnterneerd. De wonderoplossing is dus de gevangenis. Maar sommige mensen verkeren in een crisis en worden niet onder observatie geplaatst omdat er geen plaats is, dus blijven ze overtredingen opstapelen, dan worden ze gearresteerd en in St-Gillis geplaatst. Het is essentieel om te zorgen voor de geestelijke gezondheid van de bevolking.”

(advocaat - FR)

3.2.3 Aanbevelingen Unia

- Zorg voor de adequate uitrusting van politieambtenaren die regelmatig in aanraking komen met personen in een kwetsbare situatie. Voorzie bijvoorbeeld opleidingen over geestelijke gezondheid en faciliteer begeleiding door maatschappelijk werkers. Deze laatste hebben doorgaans expertise en ervaring om de persoon naar de juiste zorg toe te leiden.



² Als de controle over de daden is tenietgedaan en als de persoon niet voldoet aan de voorwaarden voor een internering (art. 71 van het Strafwetboek).

[Gerechtelijke fase]



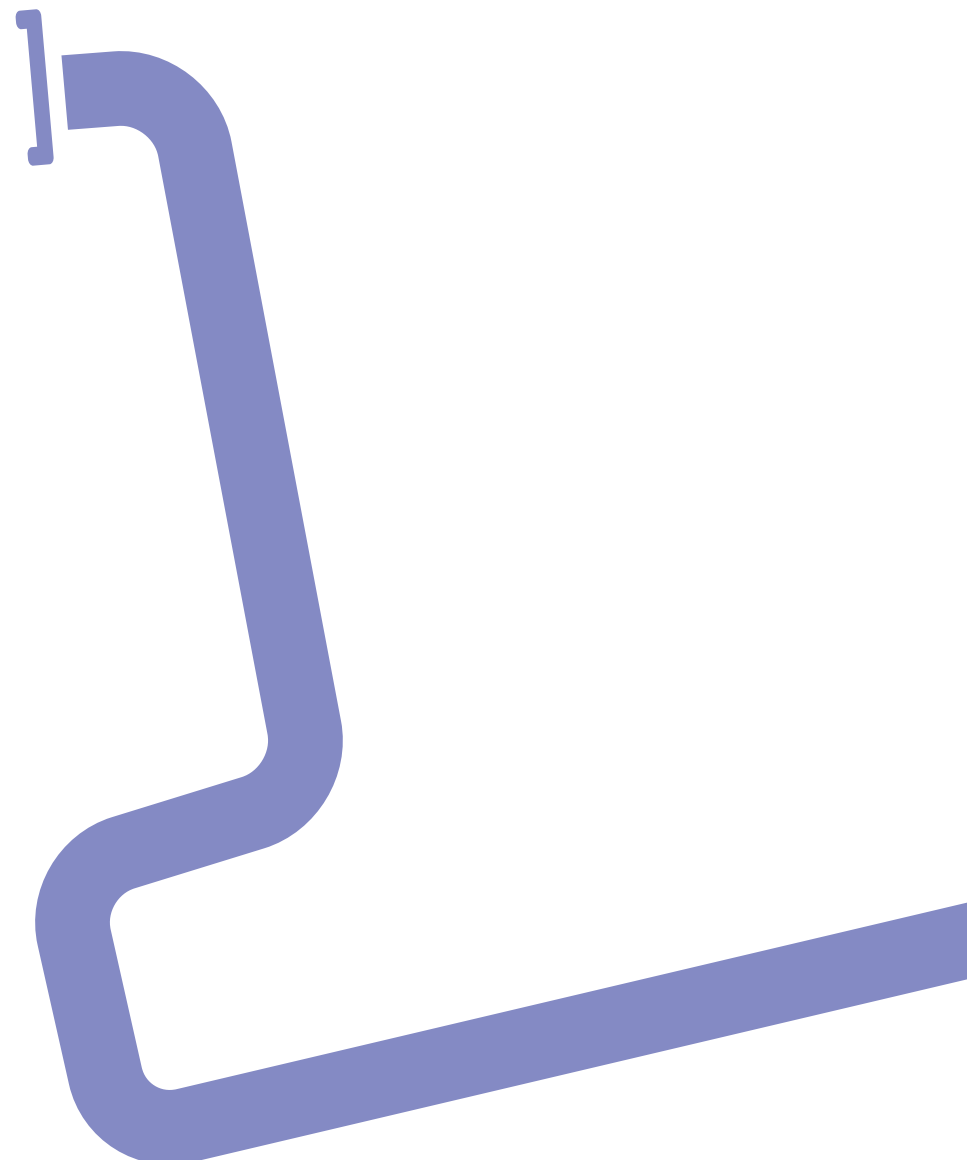
Opening van het gerechtelijk onderzoek



**Forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek /
Inobservatiestelling**



Interneringsbeslissing



3.3 Opening van het gerechtelijk onderzoek

3.3.1 Wettelijk kader

In strafzaken leidt het openbaar ministerie het strafonderzoek. Afhankelijk van de ernst van de feiten, of als het bepaalde handelingen wil laten uitvoeren die een specifieke impact hebben op de vrijheid (bijvoorbeeld een huiszoeking of het uitvaardigen van een aanhoudingsbevel), vordert het openbaar ministerie een onderzoeksrechter. Deze fase is het gerechtelijk onderzoek.

De onderzoeksrechter heeft de bevoegdheid om alle door de wet toegestane onderzoekshandelingen te verrichten die nuttig zijn voor de waarheidsvinding. Hij kan beslissen om een verdachte te horen en hem in vrijheid te stellen (eventueel onder voorwaarden) of, indien dit volstrekt noodzakelijk is voor de openbare veiligheid, een aanhoudingsbevel uit te vaardigen.

Het aanhoudingsbevel wordt uitgevoerd in een arresthuis (gevangenis) of op een bepaald adres, door middel van een hechtenis onder elektronisch toezicht ([art. 16§1 van de wet betreffende de voorlopige hechtenis](#)).

Indien de feiten strafbaar zijn met een gevangenisstraf van meer dan 15 jaar, volstaat de volstrekte noodzaak voor de openbare veiligheid als enige voorwaarde voor het uitvaardigen van een aanhoudingsbevel.

In de andere gevallen kan een aanhoudingsbevel enkel worden uitgevaardigd indien het risico bestaat dat de beschuldigde andere strafbare feiten zal plegen, zich aan de rechtspleging zal onttrekken, bewijsmateriaal zal verbergen of met derden zal samenspannen (art. 16§1 van de wet betreffende de voorlopige hechtenis).

3.3.2 In de praktijk

In het algemeen klagen de gevangenisdirecties het [misbruik van de voorlopige hechtenis](#) aan. De Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (CTRG) merkt op dat in juni 2023 ongeveer [een derde van de gedetineerden](#) in voorlopige hechtenis zat.

De geïnterneerde persoon wordt dikwijls in voorlopige hechtenis opgenomen om redenen die verder gaan dan de volstrekte noodzaak voor de openbare veiligheid. Voorlopige hechtenis wordt zo een 'standaardoplossing', bijvoorbeeld wanneer de feiten hebben plaatsgevonden in de familiale sfeer en de persoon niet terug kan keren, of wanneer de persoon geen vast adres heeft.

Beklaagden met een psychische stoornis worden in de psychiatrische afdeling van de gevangenis gehuisvest, naast gewone gedetineerden met een psychische kwetsbaarheid en geïnterneerde personen (in afwachting van de eerste zitting bij de KBM, in afwachting van een plaats in een plaatsingsvoorziening, na een schorsing of bij een internering van veroordeelden).

Het gebrek aan plaatsen voor deze verschillende profielen betekent dat sommigen onder hen naar een gewone gevangenis worden overgebracht.

Het lijkt erop dat een meerderheid van de personen die vóór de eerste zitting voor de KBM al opgesloten zijn, nadien worden geplaatst in het kader van de interneringsmaatregel. Omgekeerd is de kans groter dat mensen die vóór de eerste zitting in vrijheid verblijven, nadien een invrijheidstelling op proef (IOP) kunnen genieten.³



“Alles zal afhangen van de gevaarlijkheid van de persoon, de bezorgdheid van de maatschappij, het bewustzijn van de persoon over zijn/haar ziekte en de meegaandheid van de persoon.”
(advocaat – FR)

3.3.3 Aanbevelingen Unia

- Neem dringende maatregelen om het gebruik en de duur van de voorlopige hechtenis te beperken.
- Analyseer in hoeverre de toepassing van de voorlopige hechtenis in overeenstemming is met de voorwaarden voorzien in de wetgeving.
- Analyseer en objectiveer de impact van de voorlopige hechtenis op het verdere verloop van de internering zowel wat betreft de beslissingen die vervolgens worden genomen als wat betreft de psychologische gevolgen voor de persoon die de detentie heeft ondergaan.



³ O. Nederlandt, S. Berbuto, A. De Brouwer, C. Deveux, P. Jaspis, J.-G. Malchair, J. Moreau, D. Paci, H. Sax, F.Vansillette,, « Le prononcé de la mesure d'internement : une décision automatisée faite d'acteurs spécialisés ? Présentation des résultats d'une analyse des dossiers ouverts en 2019 et 2020 au sein des chambres de protection sociale francophones », Revue de droit pénal et de criminologie, 2023/11 , p. 1055.

3.4 Psychiatrisch deskundigenonderzoek en inobservatiestelling

3.4.1 Wettelijk kader

Wanneer er reden is om aan te nemen dat een persoon zich in een situatie bevindt zoals bedoeld in art. 9 van de wet betreffende de internering, wordt een forensisch psychiater aangesteld om een forensisch psychiatrisch deskundigenonderzoek uit te voeren. Het deskundigenverslag kan worden aangevraagd door de onderzoeksrechter, de procureur des Konings of de onderzoeks- of vonnisgerechten. De wet bepaalt de inhoud van de opdracht van de deskundige (art. 5).

Het [koninklijk besluit van 25 september 2018](#) voorziet in een model van deskundigenverslag. Het [ministerieel besluit van 28 oktober 2015](#) bepaalt de erkenningscriteria voor de beroepstitel van forensisch psychiater.

Om het tegensprekelijk karakter van het deskundigenonderzoek te respecteren, staat de wet toe dat de beklaagde zich laat bijstaan door een arts naar keuze en/of door een advocaat. Deze laatste mag ook commentaar geven op de conclusies van de gerechtelijk deskundige. De beklaagde kan ook een arts of psycholoog naar keuze aanwijzen om inlichtingen te formuleren die nuttig zijn voor het verslag van de gerechtelijk deskundige (art. 7-8). De deskundige moet zich uitspreken over de door de arts of psycholoog verstrekte informatie (art. 7).

De wet betreffende de internering biedt de onderzoeksrechter en de onderzoeks- of vonnisgerechten ook de mogelijkheid om een inobservatiestelling in een beveiligd klinisch observatiecentrum (BKOC) te bevelen, met het oog op een observatie over een periode van maximaal twee maanden (art. 6).

Het advies van de deskundige is niet bindend voor de rechter, maar moet deze in staat stellen de best passende beslissing te nemen.⁴

3.4.2 In de praktijk

In het Franstalige landsdeel is geen opleidingsprogramma voor forensisch psychiater uitgewerkt en er is geen bevoegde instantie om de deskundigen te erkennen.⁵

In het hele land is er een schrijnend tekort aan het aantal deskundigen dat beschikbaar is om deze functie uit te oefenen en wordt te weinig tijd besteed aan het uitvoeren van de deskundigenonderzoeken.



“Je kunt iemand niet beoordelen in 10 of 15 minuten.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)



“De psychiater heeft mij gezien toen ik nog op intensieve lag, helemaal groggy onder de verdoving na een operatie.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)



“Ik beantwoordde de vragen op een computer. Ik vroeg me af hoe je iemand kan beoordelen op basis van standaardvragen.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

⁴ Parl. Doc., Kamer van Volksvertegenwoordigers, n° 54-1590/001, p. 97, te raadplegen op [54K1590001.pdf \(dekamer.be\)](#)

⁵ Nederlandt, O., Berbuto, S., De Brouwer, A., Deveux, C., Jaspis, P., Malchair, J.-G., Moreau, J., Paci, D., Sax, H., Vansillette, F., « Le prononcé de la mesure d'internement : une décision automatisée faite d'acteurs spécialisés ? Présentation des résultats d'une analyse des dossiers ouverts en 2019 et 2020 au sein des chambres de protection sociale francophones », Revue de droit pénal et de criminologie, 2023/11, p. 1045

Het beroep wordt nog onvoldoende gevaloriseerd in het academisch curriculum (psychiatrie): specifieke opleidingen in de forensische sector zijn beperkt en er zijn maar beperkte stagemogelijkheden.

Wanneer de persoon die feiten heeft gepleegd, in vrijheid verblijft, vindt het psychiatrisch deskundigenonderzoek plaats in de spreekkamer van de psychiater. Als de persoon in hechtenis verblijft, vindt het forensisch onderzoek doorgaans plaats in de gevangenis, in omstandigheden die niet erg bevorderlijk zijn voor het onderzoek of het welbevinden van de persoon in kwestie. Heel vaak begrijpen de onderzochte personen niet wat de impact is van het forensisch onderzoek op de rest van hun leven.



“De actuele toestand beoordelen is moeilijk. Dat geeft niet het juiste beeld, want iedereen zit hier [in de gevangenis] in overlevingsmodus.”
(personeel, penitentiaire voorziening – NL)

Daarnaast zijn de punten⁶ waarover de deskundige zich dient uit te spreken onvoldoende onderbouwd en beargumenteerd in de wetgeving. Daardoor zijn de psychiatrisch deskundigenverslagen van wisselende kwaliteit en ontbreken soms preciseringen, bijvoorbeeld over het verband tussen de geestesstoornis en de feiten.⁷

Hoewel psychische stoornissen kunnen evolueren, worden psychiatrische deskundigenonderzoeken zelden geactualiseerd voorafgaand aan het vonnis. Een van de interneringsvoorwaarden (art. 9§1) is dat er sprake is van een geestesstoornis op het moment dat de beslissing tot internering genomen wordt. De interneringsuitspraak is in sommige gevallen dan ook gebaseerd op een deskundigenonderzoek dat achterhaald is.

Artikelen 7 en 8 van de interneringswet zijn bedoeld om het tegensprekelijk karakter van het deskundigenonderzoek te versterken, toch garanderen ze niet dat dit principe daadwerkelijk wordt gerespecteerd. Sommige deskundigen voegen louter de inlichtingen toe aan hun verslag, zonder zich hierover uit te spreken.

De wet stelt geen sancties voorop in geval van een deskundigenverslag dat geen rekening houdt met de inlichtingen van de arts of psycholoog en voorziet evenmin in een verplichting voor de rechter om een eventuele afwijking van het advies te motiveren.

Ten slotte krijgt de persoon moeilijk toegang tot de procedure gezien de kosten ten laste komen van de beklaagde.

6 Beschreven in artikel 5 van de wet betreffende de internering, met name om na te gaan:

- 1° of de persoon op het ogenblik van de feiten leed aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan of ernstig heeft aangetast en of de persoon op het ogenblik van het deskundigenonderzoek leed aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan of ernstig heeft aangetast; 2° of er mogelijk een oorzakelijk verband bestaat tussen de geestesstoornis en de feiten;
- 3° of het gevaar bestaat dat betrokkene ten gevolge van de geestesstoornis, in voorkomend geval in samenhang met andere risicofactoren, opnieuw misdrijven pleegt, zoals bepaald in artikel 9§ 1, 1° ;
- 4° dat en hoe de persoon in voorkomend geval kan worden behandeld, begeleid, verzorgd met het oog op zijn re-integratie in de maatschappij;
- 5° dat desgevallend, indien de tenlastelegging betrekking heeft op de in artikelen 371/1 tot 378 van het Strafwetboek bedoelde feiten of de in de artikelen 379 tot 387 van hetzelfde Wetboek bedoelde feiten indien ze gepleegd werden op minderjarigen of met hun deelneming, de noodzaak bestaat om een gespecialiseerde begeleiding of behandeling op te leggen.

7 Over de kwaliteit van de deskundigenverslagen, zie bijvoorbeeld: [‘Te veel mensen die zorg nodig hebben, belanden in de cel’ – Achtergrond – Sociaal.Net](#)

De psychiatrisch deskundige moet de aanwezigheid van een geestesstoornis beoordelen. Het begrip 'geestesstoornis' is echter niet in de interneringswet gedefinieerd. Interpretaties verschillen dus van expert tot expert, en naargelang je je in het noorden of het zuiden van het land bevindt. In Vlaanderen omvat het begrip geestesstoornis mentale stoornis meer persoonlijkheidsstoornissen. In Wallonië vallen onder dit begrip vaker psychotische stoornissen.⁸

In de praktijk is het gebruik van de inobservatiestelling zeer beperkt.

Op het moment van schrijven is het beveiligd klinisch observatiecentrum (BKOC) nog steeds gevestigd in Sint-Gillis, in de psychiatrische afdeling en onder het gevangenisregime. In theorie is een team aangewezen om de observaties uit te voeren, in de praktijk verblijven er echter weinig of geen patiënten.

Het nieuwe BKOC in de gevangenis van Haren biedt plaats aan 30 personen. Door een gebrek aan personeel (de aanwervingen zijn lopende, maar er zijn weinig of geen kandidaten) is dit observatiecentrum op het moment van schrijven niet operationeel. Professionals in de sector vrezen dat deze situatie nog wel even zal duren.

Het is daarnaast betreurenswaardig dat dit nieuwe observatiecentrum is opgezet in een gevangenis, een plaats die weinig bevorderlijk is voor het welzijn en de autonomie van en de interactie met de personen die onderworpen zijn aan de observatie.

3.4.3 Aanbevelingen Unia

- Verhoog het aantal en de beschikbaarheid van psychiatrisch deskundigen.
- Besteed meer tijd aan de deskundigenonderzoeken.
- Laat de staat de kosten van een 'tegen-expertise' dragen, bijvoorbeeld in het kader van rechtsbijstand voor degenen die daarvoor in aanmerking komen.
- Stel een tijdslimiet vast voor de geldigheid van het deskundigenonderzoek en actualiseer het na afloop van deze periode voor de uitspraak ten gronde.
- Harmoniseer de praktijken op nationaal niveau met betrekking tot de erkenning en opleiding van forensisch deskundigen.
- Richt een onafhankelijk opvolgingscomité voor de beoordeling van de psychiatrisch deskundigenonderzoeken op om de kwaliteit van de deskundigenonderzoeken en een uniforme interpretatie van de criteria te waarborgen, met name een interpretatie van het begrip 'geestesstoornis'.



8 De Page, L., & Goethals, K. (2019). Le diagnostic des internés : Y-a-t-il des différences de part et d'autre de la frontière linguistique? Acta Psychiatrica Belgica, 118, 3-7.

3.5 Interneringsbeslissing

3.5.1 Wettelijk kader

De internering wordt uitgesproken door een onderzoeks- of vonnisgerecht. In het eerste geval vindt de zitting plaats achter gesloten deuren, in het tweede geval is de zitting openbaar.

Om te worden geïnterneerd, moet de persoon aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Een misdrijf of wanbedrijf gepleegd hebben die de fysieke of psychische integriteit van derden aantast of bedreigt.
- Op het ogenblik van de interneringsbeslissing aan een geestesstoornis lijden die het oordeelsvermogen of de controle over de daden tenietdoet of ernstig aantast.
- Een gevaar vormen dat, als gevolg van de geestesstoornis, eventueel in samenhang met andere risicofactoren (bv. verslaving ...) opnieuw feiten worden gepleegd die de integriteit van derden aantasten of bedreigen.

De interneringsmaatregel is onbeperkt in de tijd. De persoon wordt alleen definitief in vrijheid gesteld als zijn of haar geestesstoornis voldoende gestabiliseerd is (art. 66 van de wet).

De persoon moet worden bijgestaan of vertegenwoordigd door een advocaat. Als dit niet het geval is, zal de voorzitter er een aanwijzen. De persoon kan binnen dertig dagen na de uitspraak beroep aantekenen tegen de beslissing tot internering.

3.5.2 In de praktijk

In tegenstelling tot de intenties van de wetgever met de wet van 2014, is het aantal interneringsbeslissingen de laatste jaren blijven stijgen, bij uitstek in Vlaanderen.

Terwijl er in 2017 286 interneringsbeslissingen werden genomen, tellen we 475 interneringsbeslissingen in 2020: een stijging van 66% in drie jaar tijd.⁹ Terwijl de inwerkingtreding van de wet van 2014 aanvankelijk leidde tot de definitieve invrijheidstelling van een groot aantal geïnterneerden, vindt nu de omgekeerde trend plaats: het aantal interneringsbeslissingen overtreft vandaag het aantal definitieve invrijheidstellingen.

Een studie zou gelanceerd worden bij het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC) over de oorzaken van de toename van het aantal geïnterneerden en gedetineerden met een psychische kwetsbaarheid.¹⁰

Tot slot varieert het aantal geïnterneerde personen ressorterend onder de diverse Kamers voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM) aanzienlijk, met een opvallende stijging van het aantal geïnterneerden vooral in Vlaanderen, en in het bijzonder in Gent.

⁹ Zie 'Plan d'action Révisé : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement – Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juni 2023, p. 32.

¹⁰ Informatie verkregen van kabinet Justitie per mail, juli 2023.

Unia en anderen identificeerden mogelijke oorzaken¹¹:

- De toepassingscriteria voor de interneringsmaatregel worden verschillend (meer of minder ruim) geïnterpreteerd, afhankelijk van de rechtbank die zich uitsprekt over de internering. Volgens sommige actoren in de sector worden mensen ook wanneer ze niet voldoen aan de wettelijk vastgestelde voorwaarden (met betrekking tot de ernst van het feit of de geestesstoornis) onder de maatregel geplaatst.



“Het is een kwestie van mentaliteit, maar ook onwetendheid. Rechteren hebben soms onvoldoende zicht op de impact van de interneringsmaatregel op de betrokkenen.”
(advocaat – NL)

- Het criterium van de ‘aantasting’ van de fysieke of psychische integriteit van derden, beperkt onvoldoende het toepassingsgebied van de interneringsmaatregel. Mensen worden nog te vaak geïnterneerd op basis van veronderstelde ‘gevaarlijkheid’, niet gebaseerd op mogelijke toekomstige feiten, maar eerder op basis van hun justitiële voorgeschiedenis, psychiatrische achtergrond of andere kwetsbaarheden.¹²
- De geestelijke gezondheid van de bevolking in het algemeen gaat achteruit, wat zich vaak uit in gewelddadig gedrag.
- In Vlaanderen is de capaciteit aan specifieke bedden voor de opvang van geïnterneerde personen in het zorgcircuit sterk gestegen. Daardoor zien veel magistraten internering als een kans op zorg.



“De toename van het aantal interneringen lijkt verband te houden met het perverse effect van de zorgcapaciteit. Het doel is niet om te interneren, maar om de toegang tot zorg te vergroten.”
(magistraat – NL)

Tijdens de gerechtelijke fase melden geïnterneerden regelmatig een gebrek aan informatie over de omstandigheden en de gevolgen van de interneringsmaatregel. Advocaten hebben niet steeds de tijd om hun cliënten hierover te informeren. Vaak werken ze in het kader van juridische tweedelijnsbijstand en zijn ze niet opgeleid in de forensische sector (internering en geestelijke gezondheid).



“De pro-deo advocaat wist niet echt waar de psychiatrisch deskundige voor diende en wist niet dat er psychiatrie in de gevangenis bestond. Hij dacht dat het gewoon een manier was om in een ziekenhuis opgenomen te worden.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)



“De advocaat wilde me laten interneren en zei dat het voor mijn eigen bestwil was. Als ik het had geweten, zou ik er nooit mee hebben ingestemd.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

¹¹ Zie ook ‘Plan d’action Révisé : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l’Homme en matière d’internement – Groupe d’affaires ‘L.B./W.D.’, 21 juni 2023, vanaf p. 30.

¹² O. Nederlandt, S. Berbuto, A. De Brouwer, C. Deveux, P. Jaspis, J.-G. Malchair, J. Moreau, D. Paci, H. Sax, F.Vansillette, « Le prononcé de la mesure d’internement : une décision automatisée faute d’acteurs spécialisés ? Présentation des résultats d’une analyse des dossiers ouverts en 2019 et 2020 au sein des chambres de protection sociale francophones », Revue de droit pénal et de criminologie, 2023/11, pp. 1039-1045.



“Geïnterneerden moeten veel beter geïnformeerd worden, het moet duidelijk zijn wie zorgt voor duidelijke info over wat de gevolgen en risico’s zijn. In principe is het de verantwoordelijkheid van de advocaat, maar die zijn vaak zelf niet op de hoogte van wat internering inhoudt.”

(academisch expert – NL)

Sommigen¹³ zien de zitting achter gesloten deuren voor de onderzoeksgerechten als een stap achteruit in vergelijking met de vroegere situatie die geregeld werd door de wet tot bescherming van de maatschappij. Openbare zittingen zijn een essentiële procedurele waarborg, vooral wanneer het gaat om personen die zich in een bijzondere kwetsbaarheid bevinden. Anderen voelen zich dan weer gespaard van de media-impact van openbare zittingen. We merken op dat beslissingen van de onderzoeksgerechten meer summier worden gemotiveerd dan beslissingen van vonnisgerechten.

Ten slotte heeft de onbepaalde duur van de interneringsmaatregel een grote impact op de geïnterneerden. Ze hebben hierdoor weinig toekomstperspectief.



“Mijn einddatum is 9999. Je weet dus nooit wanneer je buitenkomt.”

(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)



“De onzekerheid vind ik het moeilijkste. Ik was liever gestraft geweest. Dan is het duidelijk tot hoelang ge zit, ge kunt u daarop voorbereiden en dan kunt ge uw leven terug oppakken.”

(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)

3.5.3 Aanbevelingen Unia

- Onderzoek de oorzaken van de toename van het aantal geïnterneerden en laat de resultaten van het onderzoek gepaard gaan met een actieplan met deadlines om het aantal geïnterneerden te verminderen.
- Organiseer opleidingen voor advocaten en magistraten over het VN-Verdrag betreffende de rechten van personen met een handicap en de specifieke kenmerken van geestesstoornissen en de forensische psychiatrie, om er met name voor te zorgen dat er een eenduidig begrip is van de criteria, concepten, finaliteit en gevolgen van de interneringsmaatregel.
- Stel advocaten aan bij het bureau voor juridische bijstand die specifiek opgeleid en bevoegd zijn om interneringsdossiers te behandelen.
- Organiseer plaatsbezoeken voor advocaten en magistraten zodat ze op frequente basis informatie inwinnen over de situatie in gevangenen en psychiatrische ziekenhuizen.
- Harmoniseer de interpretatie van de interneringscriteria, om een zo restrictief mogelijke interpretatie te bekomen in overeenstemming met de bedoelingen van de wetgever.
- Voorzie een maximale tijdsduur voor de plaatsingsmodaliteit, naar analogie met wat de wet voorziet voor de invrijheidstelling op proef.



13 Zie bijvoorbeeld Nathalie Colette-Basecqz en Patricia Jaspi, « Regard sur l'internement : regard sur quatre années », Larcier, p. 235.

[Uitvoering internering] ZTI



Afwachting zitting



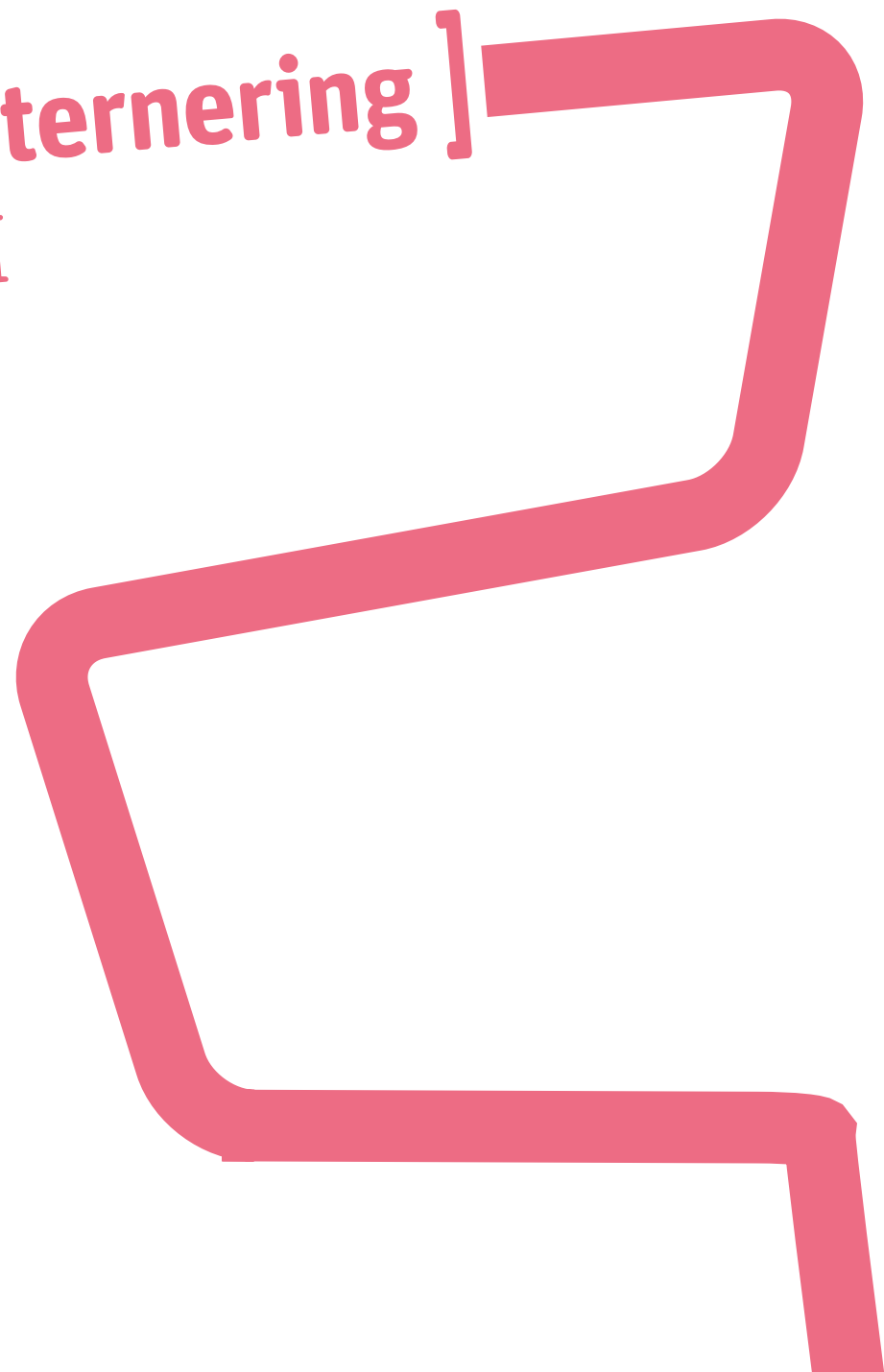
Beslissing KBM (eerste zitting)



Plaatsing



Invrijheidstelling op proef



3.6 Transversaal: zorgtraject internering (ZTI)

Alvorens in te gaan op de verschillende fases in de uitvoering van een internering is het belangrijk om stil te staan bij een overkoepelend concept in de tijdslijn: het ‘zorgtraject internering’ (ZTI).

Het idee van het zorgtraject is dat de internering wordt uitgevoerd in een zorgcircuit op maat van de individuele zorgnoden van de geïnterneerde persoon (art. 2), rekening houdend met het veiligheidsrisico dat de geïnterneerde stelt, met als doel een volwaardige terugkeer naar de maatschappij.

In dit hoofdstuk bespreken we eerst enkele structurele en transversale moeilijkheden verbonden aan het zorgtraject. Het interneringsparcours is namelijk geen rechtlijnig traject, maar complex en gesegmenteerd, met bochten en breuklijnen, en opgebouwd uit een veelheid aan actoren en plaatsen die variëren in termen van veiligheids- en zorgniveau.

Het realiseren van een adequate doorstroom in dit traject, waarbij geïnterneerden op elk moment de nodige zorg krijgen om te re-integreren naar de samenleving, is geen evidentie.

3.6.1 De sporen van het gevangenisverblijf

Voor veel geïnterneerden is een passage in de gevangenis een integraal onderdeel van hun traject, vooral wanneer ze in voorlopige hechtenis worden genomen, voorlopig worden aangehouden of een uitvoeringsmaatregel geschorst wordt. Zoals eerder gezegd, neemt het aantal geïnterneerden in de gevangenis de laatste jaren opnieuw toe.

In juni 2023 zaten 891 geïnterneerden in de gevangenis. Dat is 21% van het totaal aantal geïnterneerden, in tegenstelling tot 14% in 2018.¹⁴

De interneringswet voorziet verschillende legale mogelijkheden voor een gevangenisverblijf van een geïnterneerde persoon:

- In afwachting van de eerste zitting bij de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij en wanneer de persoon op dat moment van zijn vrijheid beroofd is, staat de wet uitzonderlijk toe dat de geïnterneerde persoon in een psychiatrische afdeling van de gevangenis verblijft (art. 10, 11 en 65§2).
- Wanneer de geïnterneerde persoon met een invrijheidstelling op proef voorlopig wordt aangehouden, terwijl de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij beslist over de schorsing en eventuele herroeping van een toegekende modaliteit (invrijheidstelling op proef of elektronisch toezicht).
- Wanneer de invrijheidstelling op proef die aan de geïnterneerde persoon is toegekend wordt geschorst voor maximum één maand (art. 65§1).
- Bij de internering van een reeds veroordeelde persoon, in afwachting van het in kracht treden van het vonnis (art. 77/5).

14 Cijfers verstrekt aan Unia door kabinet Justitie via DG EPI, september 2023.

Er verblijven echter veel geïnterneerden in de gevangenis buiten de mogelijkheden waarin de wet voorziet:

- Geïnterneerden voor wie een beslissing tot plaatsing is genomen en die wachten tot er een plaats vrijkomt in de inrichting die door Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij is aangewezen,
- Geïnterneerden voor wie een beslissing tot invrijheidstelling op proef is genomen en die wachten op een plaats in een residentieel of ambulante zorgtraject,
- Geïnterneerden van wie de invrijheidstelling op proef is herroepen na een schorsing die in de gevangenis plaatsvond.

Unia stelde vast hoezeer de gevangenis altijd schade toebrengt aan de al fragiele levenstrajecten van geïnterneerde personen.¹⁵ De gevangenis is van nature een schadelijke plek die wordt gekenmerkt door een nadruk op veiligheid en risicobeheersing. Wat moeten we er dan van denken wanneer deze plek gebruikt wordt om bijzonder kwetsbare mensen, die overigens geen strafrechtelijke verantwoordelijkheid dragen, te huisvesten?



“Eens je die stempel op u hebt kleven, raak je er niet meer vanaf. Zoals Stromae ooit zong: tu l’es, tu l’étais et tu le restes.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)



“Opgesloten zitten in de gevangenis is niet bevorderlijk om banden te behouden: er breekt iets hier binnen dat moeilijk is om te herstellen. Sindsdien kan ik er niet tegen om mensen te zien. Mijn tijd in de gevangenis is niet makkelijk te verwerken in mijn dagelijks leven.”
(ex-geïnterneerde, definitief in vrijheid – FR)



“Het doel van de wet van 2014 is om voor de persoon te zorgen zodat deze geen gevaar meer vormt. Maar alles wordt ingewikkeld op het moment dat ze naar de gevangenis gaan. Dit scheidt verwarring voor de persoon zelf, maar ook voor de sector en familieleden ... In een ideale wereld zou de persoon, zodra de interneringsbeslissing valt, onmiddellijk moeten worden overgebracht naar een FPC of ander centrum (maar geen gevangenis) en daar een periode van klinische inobservatiestelling moeten ondergaan”.
(personeel, ambulante zorg – FR)

De scheiding tussen ‘zorg’ en ‘rapportering’ in het kader van het juridisch traject, die specifiek is voor gevangenis, heeft het voordeel dat personeelsleden geen tegenstrijdige rollen uitoefenen.

De zorgteams zijn verantwoordelijk voor de therapeutische behandeling van de patiënt. De psychosociale diensten (PSD) zijn verantwoordelijk voor de beoordeling van de geïnterneerde, het opstellen van rapporten om KBM te informeren en het re-integratieplan voor de geïnterneerde. De opdrachten van beide teams vallen onder het beroepsgeheim. PSD heeft toegang tot het gerechtelijk dossier. Het zorgteam heeft toegang tot alle informatie, met uitzondering van de gepleegde feiten.

Deze scheiding van informatie bemoeilijkt de taak van beide diensten. Het zorgdossier, dat met toestemming van de patiënt naar de afdeling PSD kan worden gestuurd, vangt dit obstakel gedeeltelijk op. In de loop van de tijd proberen zorgteams en PSD een manier van samenwerken te ontwikkelen die essentieel is voor het re-integratieproject van de patiënt.

15 Zie de vele veroordelingen van België omwille van deze kwestie voor het Europees Hof van de Rechten van de Mens.

De penitentiaire context bestaat uit een veelheid aan inrichtingen met verschillende praktijken en regimes. Bepaalde observaties die kenmerkend zijn voor internering worden hieronder weergegeven. Ze zijn echter niet altijd, overal en op terugkerende basis waargenomen. Ze mogen dus niet worden veralgemeend.

Soms worden geïnterneerden bij hun onthaal afgezonderd in een beveiligde cel ter observatie. Dit protocol wordt vaak niet begrepen en leidt tot angst bij de geïnterneerden.



“Toen ik aankwam, werd ik twee dagen in afzondering geplaatst. Ik had veel moeite met de eenzaamheid.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

De infrastructuur is niet bevorderlijk voor de zorg: er zijn onvoldoende kantoren voor het zorgpersoneel en de vertrouwelijkheid van de gesprekken is niet altijd gegarandeerd. De infrastructuur is bovendien vaak vervallen en creëert zelfs ongezonde omstandigheden.

Het aantal zorgmedewerkers, vooral psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen, is onvoldoende en de rekrutering verloopt moeizaam. Het veiligheidspersoneel moet in veel gevallen mee instaan voor het verdelen van medicatie bij personeelstekorten. Bovendien dient het zorgpersoneel niet enkel aandacht te besteden aan geïnterneerde personen, maar ook aan de ‘gewone’ gedetineerden met psychische stoornissen.

Medische behandelingen worden soms niet begrepen en geïnterneerde personen geven aan niet altijd in te stemmen met de behandelingen die ze krijgen.



“Als je zag hoeveel medicijnen ik slik, zou je geschokt zijn. Ik moet corrigerende medicatie nemen. Anders raak ik er KO van en zit ik te kwijlen.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

De combinatie van de aanwezigheid van psychische en somatische aandoeningen en het gebrek aan hygiëne is voor de geïnterneerden moeilijk om mee te leven.



“Ik mis interactie met mensen die gezond van geest zijn.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

Het aantal activiteiten is ontoereikend en komt in het gedrang door een tekort aan personeel, stakingen of een gebrek aan geschikte lokalen. De activiteiten voldoen ook niet altijd aan de werkelijke behoeften van mensen op het vlak autonomie, verantwoordelijkheid of re-integratie. Activiteiten worden bovendien belemmerd door de openbare aanbestedingsprocedure, waardoor eenvoudige aankopen aanzienlijk worden vertraagd.



“In drie weken hebben we maar één activiteit kunnen doen.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

Gevangenisson zijn onvoldoende toegankelijk voor mensen met een beperkte mobiliteit. Als ze al toegankelijk zijn, dan is dat vaak slechts gedeeltelijk. Een cel kan bijvoorbeeld wel toegankelijk zijn, terwijl de binnen- of werkplaats dat niet zijn. De toegang tot activiteiten voor rolstoelgebruikers is beperkt.



“Als ik met mijn rolstoel naar de moestuin wil, moet ik langs de kelder. Daar moet een penitentiair beambte voor beschikbaar zijn. Ik heb sinds de winter geen frisse lucht meer gehad.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

Geïnterneerde personen benadrukken het isolement van zij die geen landstalen spreken. Er is een tekort aan tolken. Hierdoor moeten medegevangenen of personeelsleden indien nodig als vertaler optreden.



“Stel je voor dat ik geen Frans zou spreken, dan zou ik verloren zijn. Er is hier iemand die geen Frans spreekt, die zit in zijn eigen wereld.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

Afgezien van de kennis die ze tijdens hun loopbaan verwerven, zijn penitentiair beambten onvoldoende opgeleid in de specifieke kenmerken van psychische aandoeningen.



“Er zijn cheffen die provoceren en beledigen. Het is een strijd die je onmogelijk kan winnen.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

Sancties worden opgelegd door de directie. Geïnterneerde personen ervaren die soms als onevenredig aan de gepleegde overtreding, of zelfs ongegrond. Het is moeilijk voor de psychiater om de oorzakelijkheid van de psychische aandoening aan de begane overtreding te beoordelen. Straffen in een afzonderingscel worden uitgevoerd in erbarmelijke omstandigheden.

Bij gebrek aan plaatsen in de psychiatrische afdeling, worden sommige geïnterneerden in gewone gevangeniszellen onder het gewone regime opgesloten.

De behandeling van geïnterneerden in de psychiatrische afdelingen van de gevangenis maakt deel uit van een algemene context van [overbevolking in de gevangenis](#) en de daaruit voortvloeiende gevolgen voor de levensomstandigheden van gedetineerden.

Unia verwelkomt alle initiatieven die in bepaalde psychiatrische afdelingen met beperkte middelen worden genomen: maaltijden die collectief met het personeel worden gedeeld, de (uitzonderlijke) aanwezigheid van huisdieren, de aanstelling van referentiepersonen, personeelsdeelname aan activiteiten, enz.



“Als ik een probleem heb, praat ik met mijn referentiepersoon en zij zoekt een oplossing.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)



“De penitentiair beambten zijn erg aardig. Ze komen ‘s ochtends gedag zeggen en noemen je bij je voornaam. Dat doorbreekt de hiërarchische relatie.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

Aanbevelingen Unia

- Verbied gevangenissen als verblijfplaats voor geïnterneerde personen.

Subsidiair, gezien de huidige regelgevende en maatschappelijke context:

- Zorg voor een sereen onthaal van geïnterneerden waarbij de observatieperiode in waardige omstandigheden kan verlopen, zodat het geen bestraffing lijkt voor de betrokkene.
- Zorg voor een globale aanpak om betere zorg te kunnen verlenen binnen de gevangensmuren. Zet daarbij niet enkel in op het aanwerven van meer zorgpersoneel, maar ook op voldoende penitentiaire beambten en plaatsen die bevorderlijk zijn voor zorgactiviteiten.
- Voorzie in regelmatige, toegankelijke en zinvolle activiteiten voor de geïnterneerde persoon.
- Organiseer structurele en doorlopende vorming voor penitentiair beambten over geestelijke gezondheid.
- Organiseer op regelmatige basis intervisies voor zorgpersoneel, psychosociale hulpverleners en penitentiair beambten.
- Maak het gebruik van tolken mogelijk als onderdeel van de zorgrelatie.

3.6.2 Moeilijkheden bij zorg- en informatieoverdracht

De overgang tussen voorzieningen en afdelingen met verschillende veiligheids- en zorgregimes kent soms moeilijkheden. Verandering werkt vaak destabiliserend voor geïnterneerden en kan zelfs leiden tot herval.

Vooraf de overgang van een sterk beveiligde en gestructureerde omgeving, zoals een afdeling tot bescherming van de maatschappij of forensische voorziening, naar reguliere of ambulante ondersteuning verloopt moeizaam.



“Het is telkens opnieuw beginnen, op elke zorgafdeling zijn er weer andere regels.”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – NL)

Bij een nieuwe opname is het moeilijk om de volledige medische informatie, noodzakelijk voor de behandeling van de patiënt, te verkrijgen. Wanneer de patiënt verhuist tussen voorzieningen die onder verschillende bevoegdheden vallen (FOD Justitie, FOD Volksgezondheid, zorgadministraties van de deelstaten) blijkt dit nog moeilijker te zijn. De informatie is niet altijd in dezelfde registers en programma's vastgelegd. De zoektocht naar informatie is zeer tijdrovend voor het personeel in de zorgsector.

Mobiele equipes internering spelen een belangrijke rol in het optimaliseren van de doorstroom van geïnterneerden tussen verschillende voorzieningen. Wanneer de persoon ermee instemt om door de mobiele equipes gevolgd te worden kunnen de equipes adviezen formuleren richting re-integratie, ondersteuning bieden in de uitbouw van het zorgtraject ...¹⁶

Ze kunnen eveneens helpen om het wantrouwen van de reguliere zorgsector ten opzichte van geïnterneerden te verminderen. Ook verschillende andere positieve initiatieven zijn genomen om de afstemming in het circuit te verbeteren, zoals het aanstellen van netwerkcoördinatoren en coördinatoren extern zorgcircuit bij de FOD Volksgezondheid en FOD Justitie en het organiseren van netwerkplatformen met casusbespreking tussen verschillende zorgvoorzieningen.

Aanbevelingen Unia

- Stroomlijn de overdracht van medische informatie over een patiënt tussen twee instellingen om versnipperde informatie en tijdverlies te voorkomen.
- Breid de financiering uit voor de mobiele equipes internering, zodat meer geïnterneerden begeleid kunnen worden in hun doorstroom- en re-integratietraject.



16 Y. CARTUYVELS et S. DE SPIEGELEIR, «La privation de liberté des personnes atteintes d'un trouble mental en Belgique : un double régime», R.I.E.J., 2022, pp. 98-99.

3.6.3 Een langdurig en niet altijd aangepast traject

De moeizame doorstroom in het zorgtraject zorgt voor veel tijdverlies. De geïnterneerden moeten lang wachten om naar andere voorzieningen te gaan en zelfs naar andere afdelingen binnen dezelfde voorzieningen. De zorgtijd correspondeert niet met de tijd die de juridische procedure inneemt: vaak is de geïnterneerde persoon klaar om een voorziening te verlaten, maar blijft deze afhankelijk van de externe beschikbaarheid van plaatsen en groen licht vanuit de rechterlijke instanties. Dit heeft een negatieve impact op hun motivatie en perspectief.



“Vaak ben je al een jaar kwijt, gewoon door te zoeken naar voorzieningen. Zelfs al wil je zelf uw leven in handen nemen, moet je als een schaap zitten wachten, in een situatie waar iedereen zot van wordt. En als dan af en toe de emmer overloopt, verzwaart dat uw dossier.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)



“De tijd die de justitiële procedure inneemt is zeer lang. De patiënten blijven hier soms zeer lang omdat hun procedure uitloopt en er onvoldoende plaatsen zijn in de ziekenhuizen.”
(personeel, penitentiaire voorziening – FR)

Door de complexiteit van het interneringsparcours verblijft een groot aantal geïnterneerden in voorzieningen die niet corresponderen met hun zorg- en beveiligingsnood. Veel geïnterneerden hebben baat bij een zorgprogramma met een meer open veiligheidsregime, maar krijgen hier geen toegang toe. Wanneer personen verblijven in plaatsen die niet aangepast zijn aan hun noden, kan dit nefast zijn voor hun behandeling.

Aanbevelingen Unia

- Verzeker dat geïnterneerde personen in plaatsen verblijven die beantwoorden aan hun behoeften en risicoprofiel.
- Werk aan Nederlandstalige zijde opgezette initiatieven omtrent het [referentiekader voor de forensische geestelijke gezondheidszorg](#) en een gedeeld gebruik van gevalideerde risicotaxatieinstrumenten verder uit.
- Zorg voor een systematische, onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde monitoring van de instroom en doorstroom in het interneringsstatuut om de noden bij de populatie van geïnterneerden te identificeren en het interneringsbeleid hierop af te stemmen.



3.6.4 Betrekken van het netwerk

Het succes van iemands re-integratieparcours valt en staat vaak bij het hebben van een ondersteunend netwerk (familie, mobiele teams, advocaat). Toch wordt het sociale of familiale netwerk van de geïnterneerde persoon doorheen het hele interneringstraject onvoldoende betrokken.

Het beroepsgeheim van zorgkundigen vormt een specifieke uitdaging voor het betrekken van het netwerk bij het behandel- en re-integratietraject. Voor sommige naasten is het moeilijk dat hulpverleners geen informatie delen over het traject van de persoon. Anderzijds beschermt het beroepsgeheim de vertrouwelijkheid van de therapeutische relatie bij volwassen personen.



“We krijgen gewoonweg geen informatie.
Men kan zich verschuilen achter het beroepsgeheim en moet zich dan ook niet verantwoorden.”
(familie geïnterneerde persoon – NL)



“Alles is op vraag. Niemand doet iets uit eigen initiatief.
De families worden er niet bij betrokken.”
(familie geïnterneerde persoon – FR)

In veel gevallen ontbreekt een netwerk of is het netwerk betrokken in de gepleegde feiten. Wanneer er wel een netwerk aanwezig is, legt de interneringsmaatregel een grote druk op de omgeving van de persoon: verwerken van de gepleegde feiten, bezoeken brengen aan (vaak geografisch afgelegen) voorzieningen waar de geïnterneerde verblijft, helpen met opvang, de persoon financieel ondersteunen ...

Aanbevelingen Unia

- Moedig goede praktijken aan, zoals het aanstellen van vertrouwenspersonen en familie-referentiepersonen in de voorzieningen.
- Ontwikkel en stimuleer ondersteuningsinitiatieven voor familieleden, zoals de praatgroepen van vzw Similes.



3.6.5 Interne rechtspositie

Gedetineerden vallen onder de toepassing van de wet van 12 januari 2005, bekend als de 'basiswet'.

Deze wet definieert de rechtspositie van gedetineerden. In hoofdstuk VII voorziet het met name voor gedetineerden in het recht op zorg, gelijkwaardig aan die in de vrije samenleving (art. 88). Artikel 167 §1 bepaalt dat de 'basiswet' van toepassing is op geïnterneerden totdat een specifieke wet de rechtspositie van deze personen bepaalt. Een dergelijke wet is vandaag nog niet aangenomen.

De rechten van geïnterneerden in zorgvoorzieningen worden gewaarborgd door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van patiënten.

Toch is dit wettelijk kader vandaag onvoldoende aangepast aan de specifieke situatie van geïnterneerden die verblijven in de beveiligde setting. Door dit rechtvacuüm nemen voorzieningen soms hun toevlucht tot interne regels, via hun huishoudelijk reglement, waardoor uiteenlopende praktijken ontstaan. De rechtszekerheid en rechtsgelijkheid wordt zo ondermijnd, met name wat betreft het gebruik van dwangmaatregelen en afzondering.



“In het begin werd je hier heel veel geïsoleerd. Als je een grote mond hebt kon je al meegenomen worden en dwangmedicatie krijgen. Dat is heel zwaar, je hebt al zo weinig controle op je eigen leven en dan wordt je nog eens verlamd. Nu doen ze dat eigenlijk niet snel meer.”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – NL)

Aanbevelingen Unia

- Zorg voor een wettelijk kader voor de interne rechtspositie van geïnterneerde personen in de beveiligde setting.
- Stem het wettelijk kader rond vrijheidsbeperkende maatregelen af op internationale normen, vooral als het gaat om ingrijpende maatregelen als afzondering en fixatie¹⁷ en zet daarbij in op het voorkomen van incidenten via een de-escalatiebeleid gericht op vroegtijdige signalering.



17 Zie onder andere onderstaand advies van Unia en de multidisciplinaire richtlijn afzondering en fixatie in de GGZ:
<https://www.unia.be/nl/wetgeving-aanbevelingen/aanbevelingen-van-unia/bedwingings-en-of-isoleringsmaatregelen-algemene-aanbevelingen>
[Multidisciplinaire richtlijn Afzondering en Fixatie GGZ_versie 2.1.pdf \(nimbu.io\)](#)

3.6.6 Patiënteninspraak, klachten- en preventiemechanismes

Veel geïnterneerden willen gehoord worden en invloed hebben op de leefregels en -omstandigheden binnen de voorzieningen.

De aanwezigheid van een patiëntenraad of bewonersvergaderingen varieerde van plaats tot plaats. Patiënten zeiden vaak dat er niet genoeg inspraak was. Het personeel stelt de relevantie van patiënteninspraak eerder in vraag wanneer er een groot verloop is van patiënten.

Wanneer patiënten een klacht hebben, kunnen ze ook een beroep doen op de wettelijk vastgestelde klachtenmechanismen: commissies van toezicht en klachtencommissies voor penitentiaire voorzieningen of ombudsfuncties inzake de rechten van de patiënt in zorgvoorzieningen (de ombudsdiensten van het ziekenhuis of psychiatrisch centrum of de ombudspersoon bij het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg).

Geïnterneerde personen raken soms ontmoedigd wanneer ze zich tot klachteninstanties wenden, omdat dit hun situatie niet altijd verbetert. De taak van deze instanties is complex en wordt bemoeilijkt door het gebruik van medische argumenten om praktijken te rechtvaardigen, een gebrek aan middelen bij de voorzieningen ...

Soms roept het statuut van de ombudsfunctie, afhankelijk van de hiërarchische band tussen de ombudspersoon en de voorziening, vragen op over de onafhankelijkheid van deze persoon.

België is een van de laatste landen in de Europese Unie dat nog geen Nationaal Preventie Mechanisme (NPM) heeft opgezet in het kader van de ratificatie van het Facultatief Protocol bij het Verdrag van de Verenigde Naties tegen foltering en andere wrede, onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen (OPCAT). Bij gebrek aan dergelijk preventief mechanisme benadrukt Unia het belang en de des te crucialere rol van de huidige klachtenmechanismen.

Aanbevelingen Unia

- Versterk de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie in de ziekenhuizen en voer daartoe het [advies](#) uit van de Federale Commissie “Rechten van de Patiënt” van 19 mei 2017 aangaande de professionalisering, een statuut en harmonisering van de praktijk van de ombudsfunctie.
- Richt snel een Nationaal Preventie Mechanisme (NPM) op om onafhankelijke, interfederale en onpartijdige externe controle op alle plaatsen van vrijheidsberoving te garanderen.
- Zorg voor een ruime interpretatie van het toepassingsgebied van het NPM: alle plaatsen waar geïnterneerden verblijven en van hun vrijheid beroofd kunnen worden (ook via fixatie, afzondering ...).



3.6.7 Geïnterneerde vrouwen

Met 342 geïnterneerde vrouwen en 3.856 geïnterneerde mannen¹⁸, zijn vrouwen een minderheidsgroep in deze context.

Vrouwen kampen echter met specifieke uitdagingen doorheen hun traject. Er is een chronisch tekort aan psychiatrische bedden voor de groep van ‘high risk’ vrouwelijke geïnterneerden.

Ze lopen bovendien, door een combinatie van verschillende kwetsbaarheden (gender, psychiatrische problematiek, interneringsstatuut, jonge moeders), meer risico op meervoudige en intersectionele discriminatie.

Een van de grootste problemen die Unia heeft vastgesteld is dat vrouwen in de gevangenis in gewone cellen in de vrouwenafdelingen worden ondergebracht, bij gebrek aan plaatsen in afdelingen tot bescherming van de maatschappij of de psychiatrische afdeling. Hierdoor krijgen ze niet dezelfde zorg en activiteiten als de mannen in de psychiatrische afdeling. Bovendien bevinden ze zich in een kwetsbare situatie die specifieke aandacht en maatregelen vereist.



“Een medegevangene zorgt voor me als ik me aan het wassen ben. Ze duwt me zo’n beetje in de douche. Het is een inbreuk op mijn intimiteit. Ik heb het haar al verteld. Ze zegt dat ze gewoon haar werk doet. Ik vind dat ze me in mijn waardigheid aantast, dat is niet de bedoeling.”

(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

Unia is blij met het [nieuwe project met gratis menstruatieproducten](#) in de gevangenis en hoopt dat de menstruatiebescherming voldoende en aangepast zal zijn aan de specifieke behoeften van elke vrouw.



“Normaal draag ik tampax, maar ik heb er geen gekregen. Daardoor heb ik bloedvlekken overal en daar heb ik last van.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

De behandeling in het zorgtraject onder het statuut invrijheidstelling op proef is doorgaans gemengd. Hoewel er weinig problemen voortvloeien uit het samenleven van vrouwen en mannen, kan dit in uitzonderlijke gevallen leiden tot een kwetsbare situatie voor vrouwen.



“Een IOP is zeer moeilijk voor mij omdat daar ook mannen zitten en ik had in het verleden slechte relaties.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)

Aanbevelingen Unia

- Creëer, aan Nederlandstalige zijde, plaatsen in het zorgcircuit voor geïnterneerde vrouwen met een hoog risicoprofiel.
- Geef geïnterneerde vrouwen in de gevangenis dezelfde zorgfaciliteiten als gevangenen in de psychiatrische gevangenisafdeling.
- Garandeer dat vrouwen toegang hebben tot menstruatiebescherming die het best past bij hun behoeften.



18 Cijfers verstrekt aan Unia door kabinet Justitie via DG EPI, september 2023.

3.7 Afwachting zitting en eerste zitting KBM

3.7.1 Wettelijk kader

Na de interneringsbeslissing kan de persoon zich in vrijheid of in hechtenis bevinden.

In het eerste geval kan het onderzoeks- of vonnisgerecht dat de interneringsbeslissing nam, op verzoek van de procureur des Konings, de onmiddellijke opsluiting bevelen als er reden is om te vrezen dat de persoon zich aan de uitvoering van de internering zou onttrekken of een ernstig en onmiddellijk gevaar vormt voor de fysieke of psychische integriteit van derden of voor zichzelf (art. 10).

In het tweede geval wordt de internering tijdelijk uitgevoerd in de psychiatrische afdeling van een gevangenis.

De rechter die de internering uitspreekt kan de persoon ook in vrijheid stellen of laten met of zonder het opleggen van een of meer voorwaarden. De opgelegde voorwaarden gelden ten laatste tot de eerste zitting voor de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij (KBM, kamer van de strafuitvoeringsrechtbank bestaande uit een voorzittende magistraat en twee assessoren).

Bovendien onderzoekt de KBM ten laatste binnen drie maanden na de definitieve interneringsbeslissing het dossier (art. 29§2). Tijdens deze drie maanden bundelt het openbaar ministerie het dossier van de geïnterneerde persoon. Het vult het dossier aan met een verslag van de directeur (en psychosociale dienst) of zorgverantwoordelijke van de instelling waar de persoon verblijft of bevoegde dienst van de Gemeenschappen (als de persoon in vrijheid verblijft), met een advies over de uitvoeringsmodaliteiten van de internering (art. 29§3).

De Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij is bevoegd voor alle beslissingen over de uitvoeringsfase van de internering. Zij beslist over de plaats van internering, het toekennen van uitvoeringsmodaliteiten, de voor-

waarden waaraan moet worden voldaan en de toekenning van de definitieve invrijheidstelling. Indien de KBM bij de eerste zitting beslist tot een plaatsing, duidt zij de instelling aan waar de persoon zal worden geplaatst.

Er kan een cassatieberoep worden ingesteld (door het openbaar ministerie of de advocaat van de geïnterneerde) tegen de beslissingen van de KBM over het toekennen of weigeren van een beperkte detentie, elektronisch toezicht, invrijheidstelling op proef of een vervroegde invrijheidstelling met het oog op verwijdering van het grondgebied of met het oog op overlevering (en dus niet over een plaatsing).

3.7.2 In de praktijk

De wettelijke termijnen in de juridische procedure worden niet nageleefd, met name wanneer de interneringsbeslissing wordt genomen door een hof van beroep. De eerste zitting bij de KBM vindt in de praktijk meer dan drie maanden na de definitieve interneringsbeslissing plaats. Gedurende deze periode verblijft de geïnterneerde die niet in vrijheid verblijft in de psychiatrische afdeling van de gevangenis.

3.7.3 Aanbevelingen Unia

- **Wijzig de wet van 5 mei 2014 om het openbaar ministerie te verplichten de zaak binnen de drie maanden voor te leggen aan de Kamer Voor de Bescherming van de Maatschappij, op straffe van dwangsommen of invrijheidstelling van de persoon.**

3.8 Plaatsing

3.8.1 Wettelijk kader

Zoals toegelicht in voorgaande hoofdstukken is een plaatsing van geïnterneerden in de psychiatrische afdeling van een gevangenis verboden door de wet van 5 mei 2014 (art. 19).

Een plaatsing in intrapenitentiaire voorzieningen zoals de inrichtingen of afdelingen tot bescherming van de maatschappij (IBM/ABM: Antwerpen, Brugge (vrouwen), Merksplas, Namen, Paifve, Gent en Turnhout) of beveiligde extrapenitentiaire voorzieningen zoals de forensisch psychiatrische centra (FPC: Gent en Antwerpen) of psychiatrische afdelingen met een plaatsingsovereenkomst, is wel toegestaan.

Een ‘overeenkomst betreffende de plaatsing’ bevat volgende elementen:

- het minimum aantal personen dat de inrichting wil opnemen onder de vorm van plaatsing
- de profielen van wie geplaatst kan worden
- de te volgen procedure om de plaatsing uit te voeren
- indien van toepassing, de financiële tegemoetkoming door de Federale Staat voor kosten verbonden aan de veiligheid.

De KBM beslist in welke voorziening de patiënt geplaatst wordt (art. 35). Tijdens een plaatsing kunnen er uitvoeringsmodaliteiten zoals uitgaansvergunningen, verloven of beperkte detentie toegekend worden.

In het kader van het verder beheer van de internering, bepaalt de KBM in haar beslissing ook wanneer de directeur of de verantwoordelijke voor de zorg een advies moet uitbrengen (een maximale termijn van één jaar), bestaande uit een geactualiseerd multidisciplinair psychosociaal-psychiatrisch verslag en een gemotiveerd voorstel tot toekenning of afwijzing van een overplaatsing of andere uitvoeringsmodaliteit (art. 47).

Het openbaar ministerie dient ook een met redenen omkleed advies in bij de griffie van de strafuitvoeringsrechtbank binnen een maand na ontvangst van het advies van de directeur of zorgverantwoordelijke (art. 49).

Binnen de twee maanden na ontvangst van het advies van de directeur of verantwoordelijke van de zorg, komt KBM samen om te beslissen over de plaatsing en mogelijke uitvoeringsmodaliteiten (art. 49-52). In uitzonderlijke gevallen kan de KBM bij hoogdringendheid een beslissing nemen over hoe de interneringsmaatregel uitgevoerd moet worden (art. 54). In uitzonderlijke gevallen, kan de rechter voor de bescherming van de maatschappij beslissen een verzoek tot uitgaansvergunning te geven (art. 53 en 20§2 1° et 2°).

3.8.2 In de praktijk

In juni 2023 waren 1.493 geïnterneerden geplaatst, ofwel 35% van het totaal aantal geïnterneerden.¹⁹

Geïnterneerden kunnen in penitentiaire voorzieningen (523 personen) of beveiligde zorgvoorzieningen (970 personen) geplaatst worden. Hoewel de gevolgen voor de omstandigheden van het verblijf en de verderzetting van het zorgtraject van de persoon groot kunnen zijn (verschillend regime, verschillende actoren ...²⁰), hangt de plaatsing in de ene of de andere voorziening in de

19 Cijfers verstrekt aan Unia door kabinet Justitie via DG EPI, september 2023.

20 Enkele voorbeelden: in de penitentiaire voorzieningen zijn penitentiair beambten verantwoordelijk voor het bewaren van de veiligheid, in extrapenitentiaire voorzieningen staat het zorgpersoneel in voor zowel zorgverlening als veiligheidstaken. In penitentiaire voorzieningen staat de directie (op advies van psychosociale diensten) in voor rapportage aan de kamers voor bescherming van de maatschappij, in extrapenitentiaire voorzieningen is dit de zorgverantwoordelijke.

realiteit vooral af van criteria die niets te maken hebben met de zorgbehoeften van de patiënt, zoals geografische criteria, beschikbaarheid van plaatsen ...

In wat volgt bespreekt Unia de uitdagingen op het vlak van zorg- en re-integratiemogelijkheden voor de geïnterneerde persoon binnen de verschillende types plaatsingsvoorzieningen.

Intrapenitentiair: psychiatrische afdeling van de gevangenis (illegaal verblijf)

In de praktijk verblijven geplaatste geïnterneerden illegaal in de psychiatrische afdeling van de gevangenis, omwille van de moeizame door- en uitstroom in het interneringscircuit²¹. Dit heeft een zware impact op de geïnterneerden en leidt tot detentieschade. Ze weten niet hoe lang hun opsluiting zal duren, en voelen zich omwille van hun statuut gestigmatiseerd in de gevangenis.



“Mensen die geattesteerd psychiatrisch ziek zijn, die steken ze dan op een plek waar het nog slechter wordt.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)



“Wij worden hier aanzien als de “zotten”, wij moeten apart wandelen van de andere gedetineerden.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)

Intrapenitentiair: inrichtingen en afdelingen tot bescherming van de maatschappij

Als antwoord op de penibele situatie van geïnterneerden in (de psychiatrische afdelingen van) gevangenissen, heeft de federale regering een aantal afdelingen en inrichtingen tot bescherming van de maatschappij (ABM/IBM) geopend, met bijgaande investeringen in zorgpersoneel en nieuwe zorgconcepten gericht op re-integratie²². De ABM hebben in veel gevallen geen specifieke infrastructuur, maar bestaan uit cellen in (de psychiatrische afdelingen van) gevangenissen.

Hoewel Unia de toegenomen zorginvesteringen en wijzigende zorgconcepten in de IBM/ABM toejuicht, blijft de omgeving en infrastructuur binnen de gevangensmuren tot op heden grotendeels ongeschikt om zorg op maat en mogelijkheden tot herstel te bieden. Over het algemeen ontbreekt het aan kantoren voor therapeutische gesprekken, lokalen voor activiteiten, uitwisselingsmogelijkheden voor zorgpersoneel en personeel om deze zorg daadwerkelijk uit te voeren.

Hoewel Unia op sommige plaatsen het aantal zorgpersoneelsleden en het activiteiten aanbod ziet stijgen, vindt de hervorming plaats tegen een achtergrond van een tekort aan zorgmedewerkers en opvoeders. Wervingsprocedures hebben moeite om succesvol te zijn vanwege krapte op de arbeidsmarkt.

Bovendien zijn de veranderde zorgconcepten nog lang niet in alle ABM doorgevoerd. Sommige ABM kennen geen ander regime of zorgomstandigheden dan de psychiatrische afdeling. Er zijn zelfs geïnterneerden die geplaatst zijn in een ABM, maar in de praktijk op een gewone cellulaire afdeling in de gevangenis verblijven.

21 Hoewel dit volgens de interneringswetgeving illegaal is, verbleven in augustus 2022 220 geïnterneerden met een plaatsingsbeslissing in de psychiatrische afdeling van een gevangenis. Cijfers te raadplegen via [Présentation PowerPoint \(belgium.be\)](#), p. 16.

22 Zie 'Plan d'action Révisé : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.':', 21 juni 2023, p. 42.

Unia kan niet anders dan veel van de bezorgdheden over het verblijf in de psychiatrische afdelingen van gevangenissen, herhalen voor het verblijf in de IBM/ABM (infrastructuur, regime ...).



“Dit is zorgwashing. Ze zeggen dat er meer zorg komt, dus dan zal het wel oké zijn. Maar dit mag er niet toe leiden dat er meer geïnterneerden komen naar de gevangenissen. Het blijft geen gepaste zorg, het wordt geen psychiatrische instelling.”
(personeel, penitentiaire voorziening – NL)

De gesproken geïnterneerden erkennen dat het zorgpersoneel in de IBM/ABM belangrijk werk verricht: ze proberen het leven voor hen beter te maken, ze zijn aanspreekbaar, en de activiteiten en gesprekken met zorg zijn een manier om uit de cel te zijn.

Toch botst de zorgmissie met de penitentiaire context, zoals eerder toegelicht. Er bestaat bovendien geen kader met zorgnormen waaraan IBM/ABM moeten voldoen, naar analogie met de wettelijke normen (op vlak van hygiëne, zorgprogramma's ...) voor (psychiatrische) ziekenhuizen. Daardoor kan de zorgomkadering sterk verschillen tussen verschillende IBM/ABM.



“Wat voor anderen een straf is, moet voor ons een hulp zijn?”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – NL)



“Therapie wordt niet omarmd. De invulling in de gevangenis is te beperkt. De gevangenis dient voor boetedoening, het is niet herstellend, men kan geen verantwoordelijkheid opnemen in de gevangenis.”
(personeel, penitentiaire voorziening – NL)



“Hoewel de nieuwe gevangenissen een meer respectvolle leefomgeving bieden voor de gevangenen, missen ze menselijkheid en ondermijnen ze de sociale banden die essentieel zijn voor hun geestelijke gezondheid.”
(personeel, penitentiaire voorziening – FR)

Ondanks de beleidsverklaring van toenmalig minister van Justitie in 2020 dat geïnterneerden niet thuishoren in de gevangenissen²³, bleef het aantal beschikbare plaatsen in IBM/ABM de laatste jaren toenemen tot 642²⁴ in 2023.

23 Parl. St., Kamer van Volksvertegenwoordigers, Beleidsverklaring van de vice-eersteminister en minister van Justitie van 4 november 2020, DOC 55-1610/015, p. 26.

24 Antwerpen (9 plaatsen voor mannen), Brugge (38 plaatsen voor vrouwen), Gent (30 plaatsen voor mannen en 5 voor vrouwen), Merksplas (205 plaatsen voor mannen), Namen (30 plaatsen voor mannen), Paifve (205 plaatsen voor mannen) en Turnhout (120 plaatsen voor mannen).

Extrapenitentiair: FPC en beveiligde psychiatrische ziekenhuizen met plaatsingsovereenkomst

Een tweede antwoord van de federale regering op het illegale verblijf van geïnterneerden in de psychiatrische afdelingen van gevangenis is het investeren in extrapenitentiaire plaatsingsvoorzieningen als forensisch psychiatrische centra (FPC) en hoogbeveiligde psychiatrische (afdelingen van) ziekenhuizen. Zo wordt er in de komende jaren ingezet op twee nieuwe FPC in Wallonië en een FPC voor langdurig verblijf voor geïnterneerden met een hoog risicoprofiel in Vlaanderen.²⁵

De extrapenitentiaire voorzieningen vormen de eerste stap in de forensische zorgketen die de uitstroom naar externe zorgcircuits mogelijk maakt. Vandaag zien we echter dat de uitstroom uit de extrapenitentiaire voorzieningen dichtslibt. Er worden minder invrijheidstellingen op proef (IOP) toegekend voor geïnterneerden die zich in extrapenitentiaire plaatsingsvoorzieningen bevinden dan voor geïnterneerden die zich in intrapenitentiaire voorzieningen bevinden.²⁶

Daardoor kampen de FPC en hoogbeveiligde ziekenhuizen met wachtlijsten van soms langer dan een jaar én zijn de doorstroomtijden tussen de verschillende afdelingen zeer lang.



“Veel patiënten hebben vanuit psychiatrisch oogpunt geen reden meer om opgenomen te worden, maar het is het uitstroomproject dat een probleem vormt.”
(personeel, zorgvoorziening – FR)

Daarnaast stelt er zich een grote uitdaging voor alle plaatsingsvoorzieningen. Er is een categorie geïnterneerden die niet in aanmerking komt voor uitstroom naar het zorgcircuit of zelf niet behandeld wil worden. Een specifieke categorie binnen deze groep is de populatie van geïnterneerden met een blijvend hoog-risicoprofiel die op korte termijn uitbehandeld is, maar nood heeft aan gespecialiseerde opvang en verzorging ('longstay-profiel'), waaronder de complexe groep van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie²⁷. Deze doelgroep is moeilijker te resocialiseren en heeft een groter risico op herval.

[Inspectieverslagen van de Zorginspectie](#) wijzen bovendien op verschillende moeilijkheden voor de forensisch psychiatrische centra. Hoewel er kwalitatieve, multidisciplinaire en geïndividualiseerde zorg verleend wordt, kampen de FPC met ernstige personeelstekorten waardoor het potentieel van de behandelcapaciteit onderbenut blijft. Het grote personeelsverloop hindert de opbouw van kennis en expertise in de behandelteams, met negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de verleende zorg.

Daarnaast is de infrastructuur in de FPC onvoldoende aangepast aan de zorgomstandigheden. Ook bestaan er acute en aanslepende infrastructurele problemen (defecte deuren, schimmel ...) die een impact hebben op de veiligheid van patiënten en personeel.

Ten slotte blijft de aanpak in de meeste hoogbeveiligde plaatsingsvoorzieningen voornamelijk gericht op veiligheid, structuur en risicobeheersing. De dagen worden er voor veel geïnterneerden gekenmerkt door strikte dagschema's en beperkte keuzevrijheid.

25 Zie 'Plan d'action Révisé : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme En matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juni 2023, p. 23.

26 Zie 'Plan d'action Révisé : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme en matière d'internement – Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juni 2023, p. 34.

27 De Vlaamse populatie 'high risk'-geïnterneerden is specifiek gekenmerkt door een hoog aantal comorbide persoonlijkheidsstoornissen en psychopatiescores (1/3 heeft persoonlijkheidsstoornissen als primaire diagnose). Zie ook: Jeandarme I, Goktas G, Boucké J, Dekkers I, De Boel L, Verbeke G. High Security Settings in Flanders: An Analysis of Discharged and Long-Term Forensic Psychiatric Patients. *Front Psychiatry*. 2022 Jul 5;13:826406. doi: 10.3389/fpsy.2022.826406. PMID: 35865302; PMCID: PMC9294226.

Unia erkent dat een categorie geïnterneerden gebaat is bij een sterk beveiligde en gestructureerde omkadering, al is dat aandeel veel kleiner dan vandaag verblijft in plaatsingsvoorzieningen²⁸. Unia vraagt zich bovendien af of de uitbouw van het aanbod aan hoogbeveiligde voorzieningen een structurele oplossing zal bieden voor het dichtslibben van het interneringsstelsel. Zolang de doorstroom in het interneringscircuit stopt, zullen ook de nieuw voorziene FPC en longstay-voorzieningen een (voorlopig?) eindpunt vormen voor een groot aantal geïnterneerden.



“De hoogbeveiligde ziekenhuizen en centra zijn een verlengdraad van de gevangenis: hoge muren, je kan er niet zomaar buiten. Ze trekken ons weg uit de gevangenis en steken ons hier, maar dan zitten we nog altijd geïsoleerd, waarom is dat nodig?”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – NL)



“Als je in een high security omgeving verblijft ben je volledig buiten de maatschappij. Je moet niks zelf beslissen of regelen. Om dan naar volledige vrijheid te gaan, is zeer moeilijk. Zelfs naar de winkel gaan is dan een uitdaging.”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – NL)

²⁸ Een wetenschappelijk artikel toont aan dat slechts 19,2% van de doorverwijzingen door het KBM naar een FPC voldoet aan de ‘high security’ kwalificatie op basis van het risicotaxatieinstrument DUNDRUM-1. Zie Jeandarme, I., Habets, P., & Kennedy, H. (2019). Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM-1 compared to court decisions. *International Journal of Law & Psychiatry*, 64, 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.006>

3.8.3 Aanbevelingen Unia

Intrapenitentiair

Unia herhaalt haar fundamentele bedenkingen omtrent het verblijf in de penitentiaire context en benadrukt dat de toegenomen zorginvesteringen in IBM/ABM geen legitimering van het gevangenisverblijf voor geïnterneerden vormen.

Extrapenitentiair

- Zorg ervoor dat de inzet op nieuwe FPC de huidige investeringen in de reguliere en ambulante sector niet in gevaar brengen.
- Investeer in (opgeleid) zorgpersoneel om adequate zorgverlening in de forensisch psychiatrische centra te verzekeren, via een verhoging van de bestaafingsnorm (0,7 vte/bed) uit het kb van 19 december 2014.
- Zorg dat de infrastructuur van de nieuwe FPC in Waver, Paifve en Aalst uitgebouwd wordt in samenspraak met de zorguitbater, zodat deze afgestemd is op de voorziene zorgomstandigheden.
- Stel het principe van het langdurig verblijf in gesloten voorzieningen zonder oog op re-integratie ter discussie (‘long-stay’), in het licht van de democratische beginselen van de rechtsstaat.
- Zorg dat in nieuwe longstay-voorzieningen (Aalst en Doornik), waar ingezet zal worden op levenskwaliteit en het doen afnemen van behandeldruk, op langere termijn de focus op therapeutische doelstellingen en re-integratie in de samenleving van de persoon behouden blijft (aanklappende zorg).

3.9 Invrijheidstelling op proef

3.9.1 Wettelijk kader

Invrijheidstelling op proef (IOP) is een uitvoeringsmodaliteit waarbij de geïnterneerde de interneringsmaatregel ondergaat in een residentieel of ambulante zorgtraject mits hij de voorwaarden naleeft die hem worden opgelegd door de KBM (art. 25).

De IOP kan worden herroepen (art. 59-60) of geschorst (art. 61) wanneer de persoon de voorwaarden niet naleeft. In dit geval wordt de persoon tijdelijk ondergebracht in een plaatsingsvoorziening. Bij een schorsing is ook een verblijf in de psychiatrische afdeling van een gevangenis mogelijk. De schorsing kan ook worden voorafgegaan door een voorlopige aanhouding als de persoon de fysieke of psychische integriteit van derden ernstig in gevaar brengt. De KBM beslist binnen zeven werkdagen na de opsluiting van de geïnterneerde persoon over de schorsing van de toegekende modaliteit (art. 65).

De termijn van een IOP verloopt na drie jaar en gaat dan over in een definitieve invrijheidstelling. Als de KBM de definitieve invrijheidstelling niet toekent, kan het de proeftermijn verlengen telkens voor een hernieuwbare termijn van maximaal twee jaar.

3.9.2 In de praktijk

De IOP is erop gericht om de geïnterneerde persoon meer vrijheden te bieden met het oog op re-integratie in de samenleving. De IOP kan zowel residentieel als ambulante uitgevoerd worden met zowel forensische (medium security) als reguliere ondersteuning.

In juni 2023 had ongeveer de helft van de geïnterneerden een invrijheidstelling op proef.²⁹

Volgens de FOD Volksgezondheid³⁰ is er een **residentieel zorgaanbod** gefinancierd voor geïnterneerde personen met 1.299 bedden: psychiatrische ziekenhuizen (757 plaatsen), psychiatrisch verzorgingstehuizen (265 plaatsen), initiatieven beschut wonen (246 plaatsen) en alternatieve woonvormen (31 plaatsen).

Daarnaast financiert FOD Volksgezondheid een **ambulante aanbod** specifiek voor geïnterneerden, met onder andere de mobiele equipes internering (96 vte) en ambulante diensten (31 vte). In Vlaanderen bestaan bovendien forensische VAPH-Units (50) voor geïnterneerden met een mentale beperking.

Bijkomend bestaat er in Vlaanderen de direct gefinancierde ondersteuning voor geïnterneerden. Dit is een budget voor geïnterneerden met een erkende handicap die uitstromen uit een gevangenis, FPC, psychiatrisch centrum of VAPH-Unit en behoefte hebben aan reguliere VAPH-ondersteuning. Unia verwelkomt deze initiatieven en betreurt dat er geen projecten of financiering van dit type bestaan in Brussel (PHARE) of Wallonië (AVIQ).

²⁹ Cijfers verstrekt aan Unia door kabinet Justitie via DG EPI, september 2023.

³⁰ Zie 'Plan d'Action Révisé : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme En matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juni 2023, p. 29-30.

Het zorgcircuit krijgt als geheel echter te maken met verschillende structurele problemen. Unia licht enkele specifieke moeilijkheden toe.

Wachlijsten en plaatstekorten in psychiatrisch-residentiële voorzieningen

Ondanks de forse investeringen in het zorgcircuit de laatste jaren³¹ constateert Unia, voornamelijk aan Franstalige kant (PHARE, AVIQ), een nijpend tekort aan opvangstructuren voor personen met een verstandelijke handicap, dubbele diagnose en geriatrische instellingen.

Het plaatsgebrek in psychiatrisch-residentiële voorzieningen belemmert een vlot zorgtraject voor alle geïnterneerden. In 2023, bezetten de specifieke profielen (dubbele diagnose, verstandelijke handicap en oudere personen) nog steeds bedden in plaatsingsvoorzieningen die niet voor hen zijn bedoeld terwijl ze een invrijheidstelling op proef zouden kunnen genieten.

Aan Nederlandstalige zijde is in de afgelopen decennia een netwerk aan forensische voorzieningen (psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrisch verzorgingstehuis, initiatief beschut wonen) uitgebreid, voor verschillende doelgroepen: mensen met persoonlijkheidsstoornissen, personen met een handicap, seksuele delinquenten ... Toch kampen ook veel van deze initiatieven met wachttijden, door de verhoogde instroom en moeilijke uitstroom.

Uitsluitingscriteria en weigeringen

Waar bij een plaatsing sprake is van een overeenkomst tussen overheid en voorziening, is er onder het statuut IOP geen verplichting tot opname voor de voorziening. Geïnterneerden krijgen dan ook te maken met weigeringen en uitsluitingscriteria vanuit de voorzieningen. Het gaat om criteria als een gebrek aan motivatie of probleeminzicht, het beheersen van de landstaal, een te hoog risicoprofiel of een te complexe psychiatrische problematiek ...

³¹ Zie 'Plan d'Action Révisé : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme En matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juni 2023, p. 26-29.



“Er wordt nog veel aan uitsluitingsdiagnostiek gedaan: “nee dat kan niet want hij heeft ooit dat feit begaan”, maar ze zijn weinig transparant in hun criteria.”
(personeel, penitentiaire voorziening – NL)



“Sommige dossiers zijn zeer moeilijk en stuiten op weigeringen vanuit de voorzieningen. Bv. als er in het dossier sprake is van agressie naar personeel of brandstichting. Zelfs al hebben deze zaken al in jaren niet meer plaatsgevonden en is de persoon volledig stabiel.”
(personeel, zorgvoorziening – NL)

De vele weigeringen in het zorgcircuit hebben enerzijds te maken met de specialisering van de forensische psychiatrische zorg, waardoor specifieke patiëntengroepen in aanmerking komen en andere patiëntengroepen uit de boot vallen. Anderzijds voelen reguliere psychiatrische voorzieningen zich onvoldoende uitgerust om met de doelgroep van geïnterneerden om te gaan. Ze ervaren een grote nood aan bijkomende ondersteuning en opleiding over risicobeheersing, de interneringswetgeving, het zorgcircuit ...

Intakemomenten en proefperiodes

Om de overstap te maken naar een zorgvoorziening onder statuut IOP worden patiënten vaak uitgenodigd voor intakemomenten of proefperiodes, waarna ze alsnog geweigerd kunnen worden.

De intakemomenten bij voorzieningen leggen een zware druk op de geïnterneerden, omwille van de grote gevolgen voor het verdere verloop van hun traject. De intakemomenten zijn bovendien vaak eenmalig en van korte duur en volgens verschillende personeelsleden onvoldoende om de persoon te beoordelen.



“Die intakegesprekken, die mensen kunnen dat niet aan. Alle hoop zit daarin.”
(personeel, penitentiaire voorziening – NL)

Wanneer een invrijheidstelling op proef gepland is voor de geplaatste persoon en er een opvangmogelijkheid is binnen een psychiatrisch ziekenhuis van de reguliere sector, kan de persoon een proefperiode doorlopen in de vorm van een verlof.

Aan het einde van de proefperiode keert de persoon terug naar de gevangenis of naar de plaatsingsvoorziening, in afwachting van de beslissing van het psychiatrisch ziekenhuis. De angst om terug te keren naar de plaatsingsvoorziening is een bron van stress. Wat als de persoon aan het einde van de proefperiode wordt afgewezen?



“Toen ik na mijn proefperiode terug moest naar de gevangenis, voelde ik me in de steek gelaten.”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – NL)

Nochtans benadrukken de professionals de noodzaak van deze procedure om de persoon te leren kennen, iemands integratievermogen in de instelling te beoordelen en de zorg in de best mogelijke omstandigheden te bevorderen.

Behandeldruk en beoordeling

De geïnterneerden ervaren de behandeldruk gedurende het zorgtraject als zeer zwaar en langdurig: de therapieën zijn intensief, ze komen in contact met veel hulpverleners, worden bekeken en beoordeeld ...

Bij veel geïnterneerden ontstaat dan ook behandelmoedheid. Voor zorgverleners is het moeilijk om de motivatie te behouden. Sommige geïnterneerden wensen zelfs terug te keren naar de gevangenis, waar ze niet verplicht zijn om aan zorgactiviteiten deel te nemen en op hun cel mogen eten en roken, om te ontsnappen aan de behandeldruk. Geïnterneerden, personeel en experts ervaren een nood aan meer niet-therapeutische time-out-mogelijkheden.



“Veranderen is moeilijk, dat wringt in het begin en nog altijd. Constant beoordeeld worden. Dat blijft lastig in uw lichaam.”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – NL)

Unia ziet dat sommige patiënten zichzelf censureren omdat hun gedrag het voorwerp vormt van permanente evaluatie en risicotaxatie. Zo geven patiënten aan dat ze zich in de behandeling gedragen zoals van hen verwacht wordt en dat ze negatieve zaken minder durven uiten uit angst voor een verhoogde risicobeoordeling. Bij veel geïnterneerden en hun omgeving bestaat het idee dat de beoordelingsruimte voor de zorgverantwoordelijke te groot is. In zorgvoorzieningen zijn zorg en rapportering geen gescheiden functies, in tegenstelling tot de gevangnissen.



“Je gaat uw gedachten nuanceren en sociaal aanvaardbare dingen zeggen.”
(geïnterneerde, ambulante zorg – NL)



“Wij krijgen als geïnterneerden altijd het nadeel van de twijfel.”
(geïnterneerde, ambulante zorg – NL)

Anderzijds zijn er ook patiënten die aangeven dat de behandeling weliswaar moeilijk was, maar hen wel geleerd heeft om te praten over hun gevoelens en zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun daden. Ondanks het moeilijke traject zijn er dus zeker geïnterneerden die aangeven dat de behandeling een positieve impact heeft (gehad) op hun leven.



“Ik heb een dubbel gevoel over mijn traject. Enerzijds heeft de behandeling mijn leven gered. Maar anderzijds wordt je langer vastgehouden dan nodig en moet je vaak opnieuw beginnen.”
(geïnterneerde, ambulante zorg – NL)



“Ik ben erg dankbaar. De staat doet zijn werk in deze zorginstellingen, maar niet wanneer het deze mensen in de gevangenis vasthoudt.”
(familie van een geïnterneerde – FR)

Onderfinanciering en versnippering ambulante ondersteuning

De uitbouw van ambulante ondersteuning is een belangrijke factor voor de re-integratie van geïnterneerde personen. Waar het leven in een residentiële voorziening vaak georganiseerd en collectief is, wordt zelfstandigheid van de persoon meer gestimuleerd via ambulante zorg in de thuissituatie of een andere woonvorm.

Toch zorgen verschillende problematieken ervoor dat personen die in aanmerking komen voor een ambulante traject, toch in een residentiële voorziening moeten blijven.

De sector wijst op een structurele onderfinanciering en een gebrek aan psychiatrische zorg voor geïnterneerden. Zo krijgen de ambulante diensten slechts beperkte envelopfinanciering voor de werking met geïnterneerde personen en is er een tekort aan privé-psychiaters.

Voor reguliere ambulante diensten en psychiaters is de rapportage in het kader van het juridisch traject van de persoon een extra drempel. De ambulante zorg is ten slotte vaak versnipperd tussen verschillende regio's. Wanneer de patiënt verhuist, is er onvoldoende zorgcontinuïteit.



“Mijn IOP is misgelopen toen ik alleen ging wonen. Ik kreeg een depressie door het gebrek aan contact en mijn stoppen zijn doorgedraaid. Mijn psychiater antwoordde niet, had geen tijd.”
(geïnterneerde, ambulante zorg – NL)



“Er komt veel bij kijken om een geïnterneerde persoon te behandelen. We moeten rapporten maken over hoe vaak de persoon komt, of hij effectief aanwezig is ...”
(personeel, ambulante zorg – NL)

Schorsing of herroeping

Wanneer geïnterneerden de voorwaarden van hun IOP overtreden, kan de uitvoeringsmodaliteit geschorst of herroepen worden. Middelengebruik, eventueel in combinatie met andere overtredingen, ligt vaak aan de oorsprong hiervan.

Het aantal schorsingen en herroepingen is licht gestegen: van 108 schorsingen en 179 herroepingen in 2019 naar 149 schorsingen en 201 herroepingen in 2022³². In verhouding tot het totaal aantal geïnterneerden in IOP is dit een relatief kleine groep.

32 Cijfers verstrekt aan Unia door kabinet Justitie via DG EPI, september 2023.

Voor de patiënten die een herroeping of schorsing (met een voorlopige aanhouding) meemaken alsook voor de patiënten die getuige zijn van iemands arrestatie, is dit echter een traumatiserende ervaring. De verrassing van de interventie, waarbij de persoon plots wordt meegenomen zonder persoonlijke bezittingen te kunnen meenemen, resulteert vaak in agressie en geweld.



“Als de patiënt herroepen wordt, komen ze hem hier weghalen en brengen hem terug naar de gevangenis. Het is om te voorkomen dat ze weglopen. Ik was geschokt door de walgelijke aanpak van de politie. De persoon wordt geboeid en mag geen rugzak meenemen.”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – FR)

Bovendien kan de herroeping eindigen in een terugkeer naar de gevangenis voor een lange periode. De geïnterneerde kan in eerste instantie worden overgebracht naar de gevangenis bij een schorsing, onder de wettelijke voorwaarden. Maar als er geen plaats is in een plaatsingsvoorziening, wordt het verblijf in de gevangenis verlengd.



“Mensen die naar de gevangenis gaan worden weerspannig, wat schadelijk voor hen is. Sommigen ontwikkelen een posttraumatisch stresssyndroom als gevolg van hun tijd in de gevangenis. Voorlopige aanhoudingsbevelen leiden soms tot een nieuwe terugkeer naar de gevangenis, en dan begint het weer opnieuw, op dat beangstigend en destructief pad.”
(personeel, zorgvoorziening – FR)



“Ik moest terug naar de gevangenis, ook al had ik geen nieuwe overtredingen begaan. Ik had ruzie met mijn kamergenoot. Hij werkte echt op mijn zenuwen.”
(geïnterneerde, penitentiaire voorziening – FR)

De professionals stellen ook dat de wettelijke schorsingsduur van één maand onvoldoende is om opnieuw een traject op te bouwen dat een herroeping kan vermijden.



“De duur van de schorsing laat niet toe om de medicatie en het re-integratieproject aan te passen, en dit eindigt altijd in een herroeping.” (personeel, penitentiaire voorziening – FR)

Financiële moeilijkheden en stigma

Mensen die in vrijheid op proef zijn en niet financieel gesteund worden door hun familie, hebben zeer weinig inkomen: OCMW-uitkering (die varieert), invaliditeitsuitkeringen ... Bovendien worden geïnterneerden blootgesteld aan aanzienlijke schulden of moeten ze slachtoffers schadeloos stellen in burgerlijke procedures.

De vervulling van de voorwaarden van hun invrijheidsstelling op proef komt in gevaar door deze situatie. Ze hebben het moeilijk om een job of woning te vinden, vooral op een huurmarkt die al onder druk staat.



“We moeten uitstappen doen om te laten zien dat we zelfstandiger worden, maar we hebben geen cent. Zelfs geen geld om een vervoersbewijs te kopen.”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – FR)



“Ik doe niet mee aan externe activiteiten. Ik heb het geld niet en ik geef mijn zoon liever een cadeautje.”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – FR)

Ook het dubbele stigma rond de geïnterneerde persoon als drager van verschillende negatieve labels (geesteszieke en delinquent) stelt de persoon bloot aan mogelijke discriminatie in diens zoektocht naar woonst en werk (bijvoorbeeld omwille van ontbrekende loonstrookjes, verouderde cv's, het ontbreken van een huidig woonadres).



“Als ik contact opneem met huisbazen of instanties om een woning te vinden, zeg ik dat ik uit een psychiatrische instelling kom, omdat ze me vragen of ik een inkomen heb, waar ik woon ... Dus het uiteindelijke antwoord is vaak negatief!”
(geïnterneerde, zorgvoorziening – FR)

Ontnemen van rijbewijs

Unia ontving verschillende meldingen van personen die niet met een gemotoriseerd voertuig mogen rijden ten gevolge van hun interneringsstatuut. Ze moeten complexe procedures volgen via de behandelend arts of het Centrum voor rijgeschiktheid en voertuigaanpassing om opnieuw te mogen rijden.



“Ik heb een rijbewijs, maar mag toch niet met de auto rijden. Omdat ik geïnterneerd ben. Dat is een stuk vrijheid dat ze afpakken. Onder bepaalde omstandigheden kan je er terug aan geraken, maar het is heel ingewikkeld.”
(geïnterneerde, ambulante zorg – NL)

Geïnterneerden automatisch verbieden om te rijden met een gemotoriseerd voertuig, zonder een individuele beoordeling, beperkt de autonomie en re-integratiemogelijkheden zonder dat dit noodzakelijk gerechtvaardigd is.

Volgens het KB van 23 maart 1998 moet het annuleren van een rijbewijs worden besloten nadat de arts heeft gekeken naar de gezondheid van de patiënt. Als de arts vindt dat de patiënt niet veilig kan rijden vanwege zijn gezondheidsproblemen, moet hij de patiënt daarover informeren. Dit staat in de medische minimumnormen die zijn opgenomen in bijlage 6 van het KB.

Unia begrijpt dat het belangrijk is om voorzorgsmaatregelen te nemen om te voorkomen dat mensen met geestelijke problemen of die medicijnen gebruiken die hun rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, een gevaar op de weg vormen. Maar deze maatregelen moeten per persoon bekeken worden en kunnen herzien worden.

Piratenhuizen

Patiënten moeten in uitzonderlijke gevallen gebruik maken van niet-erkende opvangvoorzieningen, de zogenaamde “piratenhuizen” ofwel de ‘structure d’hébergement non agréée (SHNA)’.

De SHNA's nemen kwetsbare mensen op die niet terecht kunnen in erkende voorzieningen. Het gaat om mensen die sterk afhankelijk zijn, daklozen, mensen met psychiatrische stoornissen ...

Unia werd aan Franstalige zijde meermaals gecontacteerd door personen die getuige of slachtoffer waren van mentale en/of fysieke mishandeling in deze ‘piratenhuizen’. Er is sprake van erbarmelijke hygiënische omstandigheden, onterecht aangerekende uitstapkosten, vernederende straffen, gebrek aan toegankelijkheid, gebrek aan personeel of onvoldoende opgeleid personeel ...

Moeilijke situatie voor personen met dubbeldiagnose verstandelijke beperking en psychische stoornis

In de sector personen met een handicap zijn er weigeringen als er sprake is van een psychiatrische stoornis, en vanuit psychiatrische voorzieningen wanneer iemand een handicap heeft. De bezochte voorzieningen merken dat het krijgen van een VAPH/AVIQ/PHARE-erkenning moeilijk verloopt (strengere criteria en bewijsvragen, weigeringen als een psychiatrische stoornis op de voorgrond staat ...).



“Binnen het handicap-landschap is er een terughoudendheid naar geïnterneerden toe. Zo’n dossier schrikt hen af en dit is zonde want op die manier krijgen ze geen kansen naar re-integratie toe. Eigenlijk zouden ze meer middelen moeten krijgen om aan die noden ook tegemoet te komen.”
(personeel, zorgvoorziening – NL)



“Het is moeilijk om een erkenning te verkrijgen: ze vragen bv. een bewijs van een laag IQ voor de persoon 18 jaar is, omdat ze anders het lage IQ kunnen wijten aan een drugsverslaving of dergelijke. Dat is problematisch, want dat is vaak niet aanwezig.”
(personeel, zorgvoorziening – NL)



“Er zijn geen voorzieningen voor dubbele diagnose, er is geen zorgpad mogelijk voor deze profielen: in Brussel zijn er slechts twee bedden voor deze profielen. Er zijn vooral plaatsen beschikbaar voor mensen die lijden aan psychose.”
(personeel, ambulante zorg – FR)

Dramatische situatie voor personen zonder verblijfsrecht

Geïnterneerde personen zonder verblijfsrecht bevinden zich in een uiterst preciaire situatie. Het gaat om zo’n 10% van alle geplaatste geïnterneerden. Ze worden niet beschermd door de sociale zekerheid en kunnen daardoor niet terecht in het extern zorgcircuit (IOP). Ze hebben bovendien geen kansen op uitgaansvergunningen om een IOP voor te bereiden, net omdat ze geen verblijfsrecht hebben.

Een terugkeer naar het land van herkomst is in veel gevallen geen optie, omwille van moeilijke identificatie, landen die de onderdanen weigeren, het bestaan van een onveilige situatie of het ontbreken van adequate zorgopvang in het herkomstland. Dit dwingt hen om voor onbepaalde duur te verblijven in gesloten plaatsingsvoorzieningen, ook als zij in aanmerking komen voor een lager veiligheidsniveau.

Deze situatie is een schending van hun fundamentele mensenrechten en een reden tot bezorgdheid, vragen en verontwaardiging voor de hele interneringssector.

3.9.3 Aanbevelingen Unia

- Ondersteun reguliere ambulante ondersteuningsdiensten en voorzieningen (PZ, PVT, IBW, voorzieningen voor personen met een handicap ...) in de opvang van geïnterneerden door te investeren in personeel en te voorzien in vormen met betrekking tot de specificiteit van de sociale bescherming en de juridische aspecten gelieerd aan het interneringsstatuut.
- Investeer in de uitbouw van opvangstructuren voor personen met een verstandelijke beperking, voor personen met een dubbeldiagnose, en voor personen in de geriatrische sector.
- Vind, naast financiële stimulansen, een oplossing (zoals plaatsingsovereenkomsten, quota ...) om te garanderen dat personen die in aanmerking komen voor een invrijheidstelling op proef effectief een plaats kunnen krijgen in het regulier zorgcircuit (residentieel of ambulantly).
- Breid crisisbedden en flexibele terugstroommogelijkheden naar elk beveiligingsniveau uit om terugkeer naar de gevangenis zoveel mogelijk te vermijden (bij herroeping, herziening of schorsing van een IOP).
- Verleng de schorsingsperiode (1 maand) om een herroeping te vermijden.
- Pas de erkenningscriteria voor een uitkering voor personen met een handicap aan zodat zij meer rekening houden met het bestaan van een psychische handicap.
- Organiseer opleiding over discriminatie in de zoektocht naar zorg, woonst of werk voor het personeel dat patiënten begeleidt bij hun re-integratie (mobiele equipes, maatschappelijk assistenten, justitieassistenten).
- Maak een exhaustieve inventaris van de niet-erkende toegangsstructuren (SHNA) en de profielen die ze huisvesten.
- Richt een toezichtsorgaan op zodat SHNA niet onder de radar en buiten de wettelijke zorgnormen kunnen opereren (bijvoorbeeld NPM).
- Zoek dringend een oplossing om geïnterneerde personen zonder verblijfsrecht op proef vrij te laten onder dezelfde voorwaarden als andere geïnterneerden.
- Breid het toepassingsgebied van artikel 9 bis van de [wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen](#) uit.
- Zorg dat het rijbewijs van geïnterneerde personen nooit op algemene basis ingeperkt wordt omwille van diens statuut.

[Definitieve invrijheidstelling]

[uitdagingen re-integratie]

3.10 Definitieve invrijheidstelling en uitdagingen re-integratie

3.10.1 Wettelijk kader

Behalve de vervroegde invrijheidstelling met het oog op verwijdering van het grondgebied of met het oog op overlevering, kan de definitieve invrijheidstelling worden toegekend aan een persoon die geïnterneerd is, na een invrijheidstelling op proef van minimum 3 jaar en op voorwaarde dat de geestesstoornis voldoende gestabiliseerd is zodat redelijkerwijze niet te vrezen valt dat de persoon nieuwe misdrijven zal plegen die voldoen aan de criteria voor een internering.

Het Hof van Cassatie oordeelde in zijn arrest van 9 april 2019 dat een geïnterneerde wiens psychische stoornis voldoende gestabiliseerd is, definitief in vrijheid moet worden gesteld op basis van artikel 5.1.e en 5.4 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (recht op vrijheid en veiligheid), ook al is de proeftijd van drie jaar nog niet verstreken.

Binnen de drie maanden voor afloop van de invrijheidstelling op proef, moeten de bevoegde diensten van de Gemeenschappen en het openbaar ministerie respectievelijk een eindverslag en een met redenen omkleed advies indienen.

Een maand voor het einde van de proeftermijn beslist KBM over de definitieve invrijheidstelling. Op vraag van de KBM of het openbaar ministerie kan eventueel een nieuw psychiatrisch deskundigenonderzoek gebeuren. In dit geval wordt de periode van de invrijheidstelling op proef verlengd met vier maanden.

Het definitieve vonnis van de KBM maakt een einde aan de internering. Wanneer de definitieve invrijheidstelling wordt geweigerd, wordt de proefperiode verlengd met twee jaar, eindeloos verlengbaar.

3.10.2 In de praktijk

Het aantal toegekende definitieve invrijheidstellingen bleef de voorbij jaren min of meer stabiel (voor de periode 2019-2022 gaat het respectievelijk om 229, 210, 240, 217 personen).

Opvallend zijn de verschillen tussen de beslissingen van de Franstalige en Nederlandstalige KBM. De Franstalige KBM stelden in 2022 128 personen definitief in vrijheid op een totaal van 292 onderzochte dossiers. Bij de Nederlandstalige KBM ging het om 89 personen op een totaal van 404 onderzochte dossiers.

De federale regering verklaart dit verschil³³ door het grotere aandeel geïnterneerden dat aan Franstalige zijde in het reguliere zorgnetwerk verblijft. De grotere beschikbaarheid van gespecialiseerde (forensische) zorg in het Nederlandstalige landsgedeelte zou als neveneffect kunnen hebben dat er minder geïnterneerden worden opgenomen door reguliere voorzieningen wat een impact heeft op hun kansen tot re-integratie.

Herstel en re-integratie in de samenleving betekent ook een heleboel uitdagingen aangaan, zoals psychologische stabiliteit verwerven, de waarschuwingssignalen van een herval opmerken, contacten leggen met anderen, leven met een verleden dat ook in media is weergegeven, eigen keuzes maken ...

De persoon dient zijn leven weer op te bouwen en gaat op zoek naar een stabiele huisvesting en tewerkstelling. Deze factoren zijn met elkaar verbonden. Het vinden van werk kan iemands financiële situatie echter bemoeilijken

33 Zie 'Plan d'Action Révisé : Exécution des arrêts de la Cour européenne des droits de l'Homme En matière d'internement - Groupe d'affaires 'L.B./W.D.', 21 juni 2023, p. 35.

door het verlies van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en mogelijke arbeidsuitvallen.

Er ontstaat regelmatig een breuklijn wanneer het forensische traject eindigt en mensen zich tot andere organisaties moeten wenden voor zorg en ondersteuning, zonder dat ze kunnen terugvallen op het intussen vertrouwde netwerk (bijvoorbeeld de mobiele equipes internering, die niet meer ingrijpen zes maanden na de definitieve invrijheidstelling).

Veel mensen die geïnterneerd zijn, hebben het leven buiten de muren geïdealiseerd. Eenmaal vrij worden ze geconfronteerd met de kosten van het levensonderhoud, soms met eenzaamheid en bestaat een reëel risico om te hervallen.

Tot slot zeggen sommige mensen dat ze nog lang lijden onder het stigma van ooit geïnterneerd te zijn geweest.



“Heel vaak zijn mensen die geïnterneerd zijn geweest verzwakt door hun terugkeer naar de vrijheid. Het is soms moeilijk voor ons, als mobiele equipe, om te stoppen met het bieden van ondersteuning en het stokje over te dragen, omdat het niveau van ondersteuning niet hetzelfde zal zijn. Soms zijn er na de vrijlating nieuwe gevallen van gedwongen opname of zelfmoorden. Het leven is voor niemand gemakkelijk, maar als je daar de contextuele en medische kwetsbaarheid aan toevoegt.”
(personeel, ambulante zorg – FR)



“Veel definitieve invrijheidstellingen lopen mis op middelenmisbruik. Het is moeilijk om intrinsieke motivatie te creëren. De maatregel beschermt tegen hervall in de middelen, maar velen beginnen na hun internering opnieuw. En dit leidt dan opnieuw tot feiten. Veel mensen willen geen nazorg, want ze willen de band met justitie doorbreken.”
(personeel, ambulante zorg – NL)

3.10.3 Aanbevelingen Unia

- Bied ex-geïnterneerden de kans om actief deel te nemen aan het maatschappelijk debat over internering, in het licht van ‘NOOZO: Niets over ons zonder ons’, een essentieel principe in het VN-Verdrag.
- Zoek een evenwicht tussen het recht op informatie en het recht om vergeten te worden in de media zodat de in vrijheid gestelde persoon niet langer wordt geschaad en het recht op privacy wordt gerespecteerd.
- Verwijzend naar de aanbevelingen in het hoofdstuk ‘preventie’ van dit rapport, moet een aanzienlijk budget worden toegewezen aan preventie, maar ook aan de bevordering van geestelijke gezondheid in ons land.

4. Conclusie

Het VN-Verdrag betreffende de rechten van personen met een handicap is in België sinds de inwerkingtreding in 2009 van toepassing op het domein van de internering, om de rechten van geïnterneerde personen te beschermen. Het VN-Verdrag beschermt in het bijzonder het recht op een autonoom leven buiten instellingen (art. 19: recht op zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij) naast de burgerlijke en politieke rechten die al beschermd worden door het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

Met haar monitoringsbevoegdheid heeft Unia deze rechten getoetst aan het interneringssysteem, met aandacht voor de doelstelling van re-integratie in de samenleving (art. 2 van de interneringswet). De monitoring omvatte een reeks vruchtbare ontmoetingen waarin we een stem gaven aan degenen die centraal staan in het interneringsveld en toch niet (genoeg) worden gehoord: de geïnterneerden en hun omgeving en de professionals.

Het resultaat is een reeks aanbevelingen gericht aan de bevoegde overheden, sommige principieel, andere meer concreet. Sommige willen een debat op gang brengen over de relevantie of geschiktheid van bestaande regels en praktijken. Andere zijn bedoeld om nieuwe initiatieven te lanceren of reeds lopende projecten te versterken.

Na de veroordeling door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft ons land talrijke hervormingen doorgevoerd. Het wettelijke kader werd hervormd. De verschillende overheidsniveaus werken meer transversaal (met de hulp van, in het bijzonder, de netwerkcoördinatoren bij de FOD Volksgezondheid en coördinatoren extern zorgcircuit bij FOD Justitie). Het aantal plaatsen voor de opvang van geïnterneerden buiten het penitentiair circuit is toegenomen. De opvolging door mobiele equipes internering tijdens het zorgtraject vergemakkelijkt de doorstroom en wordt geprezen als een aanzienlijke verbetering.

Ondanks het grote engagement van de professionals blijft België onder toezicht van het Comité van Ministers van de Raad van Europa en staat de interneringssector nog steeds voor een aantal grote uitdagingen.

Het aantal mensen dat het interneringscircuit binnenkomt, neemt voortdurend toe. Er is een onderzoek gepland naar de redenen om de verhoogde instroom te verklaren, maar op dit moment kunnen we ons al afvragen of het psychiatrisch deskundigenonderzoek zoals dit vandaag georganiseerd wordt een voldoende solide instrument is om de rechter te informeren.

Tegelijkertijd zijn de zorgstructuren met aangepaste zorg voor geïnterneerde personen ontoereikend en verzadigd, vooral in het reguliere circuit. Dit belemmert een vlotte doorstroom in het zorgtraject. Bijgevolg komen sommige geïnterneerden die voor een invrijheidstelling op proef in aanmerking komen, vast te zitten op plaatsen waar ze van hun vrijheid zijn beroofd: in het beste geval in een plaatsingsvoorziening, in het slechtste geval in een psychiatrische afdeling van een gevangenis, of zelfs in een gewone cel. Dit komt nog vaker voor bij mensen met een dubbele diagnose, ouderen en mensen met een verstandelijke beperking.

Als reactie hierop is de trend om het aantal plaatsen en de zorgtoegang voor geïnterneerden in penitentiaire voorzieningen te verhogen. Maar onder de huidige omstandigheden brengt de gevangenis nog meer schade toe aan de toch al fragiele levenstrajecten van geïnterneerde personen. Het versterken van de zorg in deze plaatsen mag dan ook op geen enkele manier de aanwezigheid van geïnterneerde personen legitimeren.

De situatie van geïnterneerde personen zonder verblijfsrecht is nog zorgwekkender. Zonder tenlasteneming bij een mutualiteit hebben zij simpelweg geen toegang tot een opname in het zorgcircuit (ziekenhuis of ambulantly). Zij worden ten onrechte vastgehouden in beveiligde plaatsingsvoorzieningen

(gevangenis, inrichtingen of afdelingen tot bescherming van de maatschappij, forensisch psychiatrische centra, hoogbeveiligde ziekenhuizen) zonder perspectief op een invrijheidstelling op proef.

De sector staat machteloos tegenover de situatie van deze populatie. Is een nieuwe veroordeling van België, specifiek voor de situatie van geïnterneerde personen zonder verblijfsrecht, de enige manier om ervoor te zorgen dat België zich over deze kwestie zal buigen?

Bovendien volgen geïnterneerden een zorgtraject waarbij ze afhankelijk zijn van vele externe factoren (plaats in het zorgcircuit, aanwezigheid van een ondersteunend netwerk, termijnen voor zorg en justitie die niet altijd samenvallen ...).

De duur van dit traject is onbepaald. Dit gebrek aan tijdsperspectief is ontmoedigend en frustrerend voor de personen die onder deze maatregel vallen. Zou de plaatsing op zijn minst niet gebonden kunnen zijn aan een periode beperkt in de tijd, eventueel verlengbaar, zoals de wet ook voorziet voor de invrijheidstelling op proef? Zeker als we weten dat de plaatsing een vrijheidsberoving met zich meebrengt.

De tweeledige doelstelling van de interneringsmaatregel (bescherming van de maatschappij en zorg gericht op de re-integratie van de geïnterneerde persoon), roept complexe vragen op die op verschillende manieren kunnen worden beantwoord.

Hoe kunnen de rechten van de patiënt worden gerespecteerd in de context van een gesloten circuit? Hoe kunnen we de institutionalisering tegengaan van geïnterneerde personen in een collectieve leefomgevingen?

Hoe kunnen we de kwetsbaarheid die inherent verbonden is aan psychische aandoeningen verzoenen met de voortdurende noodzaak tot aanpassing?

Hoe kunnen de risico's die verband houden met verslaving worden beoordeeld en behandeld?

De antwoorden op deze vragen zullen zeker veelzijdig zijn, maar mogen nooit uitsluitend vertrekken vanuit een veiligheidsbenadering. Onze democratische rechtstaat verdient beter dan dat. Het is dan ook nodig om het interneringsbeleid en de toewijzing van middelen te heroverwegen richting een volledige en effectieve uitoefening van de mensenrechten van geïnterneerden, door hun toegang tot gezondheid, huisvesting en justitie te garanderen.

Laten we in plaats van een aanpak gericht op veiligheid, inzetten op het welzijn van elke burger in zijn/haar globaliteit, rekening houdend met de principes van autonomie, participatie en inclusie. Misschien kunnen geïnterneerden dan opnieuw integreren in een verantwoordelijke samenleving.

5. Bijlagen

Wet van 5 mei 2014 betreffende de internering en andere wetgevende initiatieven

De wet van 5 mei 2014 betreffende de internering trad op 1 oktober 2016 in werking. Zij stipuleert dat internering een veiligheidsmaatregel is “die er tegelijkertijd toe strekt de maatschappij te beschermen en ervoor te zorgen dat aan de geïnterneerde persoon de zorg wordt verstrekt die zijn toestand vereist met het oog op zijn re-integratie in de maatschappij”.

De wet heeft naast de bescherming van de maatschappij de re-integratie van geïnterneerden voor ogen. Ze legt duidelijk de nadruk op het afdwingbaar recht van geïnterneerden op zorg die op hun behoeften is afgestemd. De toepassingsfeer van de interneringsmaatregel wordt overigens voortaan tot de zwaarste delicten beperkt. Internering is voortaan bedoeld voor personen met een psychische aandoening die op het moment van het vonnis aan drie voorwaarden voldoen: de dader moet een misdrijf of een delict hebben gepleegd dat de fysieke of mentale integriteit van derde partijen heeft aangetast of bedreigd³⁴; de dader moet op het ogenblik van de beslissing aan een gees-

tesstoornis lijden die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden tenietdoet of ernstig aantast; het risico moet bestaan dat deze persoon door zijn psychische aandoening in combinatie met andere risicofactoren, nieuwe feiten pleegt. Aan de beslissing tot internering moet overigens een forensisch psychiatrisch onderzoek voorafgaan³⁵.

In oktober 2022 en juni 2023 heeft Unia, in de vorm van een advies op eigen initiatief, gereageerd op het **(voor-) ontwerp van wet betreffende de hervorming van boek 1 van het Strafwetboek**. Dit advies gaat in op het concept van de verminderde toerekeningsvatbaarheid, de behandeling onder vrijheidsberoving (art. 42) en de verlengde opvolging (art. 46).

Unia gaf eveneens advies over het **wetsontwerp tot invoering van een beveiligingsmaatregel ter bescherming van de maatschappij**. Vanuit het oogpunt van het VN-Verdrag, betreurt Unia dat de verschillende geanalyseerde hervormingen maatregelen invoeren die intrinsiek gekoppeld zijn aan de aanwezigheid van een psychische stoornis. Ze zijn dus gebaseerd op het criterium handicap, waarbij men een andere behandeling krijgt op basis van het bestaan van een

34 Naast de andere voorwaarden vereist de wet dat de dader, op het moment van de rechterlijke beslissing, aan een psychische stoornis leed die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden tenietdoet of ernstig aantast, en dat door deze psychische aandoening gevaar voor recidive bestaat (artikel 9 van de wet van 5 mei 2014). Wanneer niet aan deze voorwaarden is voldaan, vallen de andere misdrijven de facto buiten de toepassingsfeer van wet betreffende de internering. Hieruit volgt dat de daders van die laatstgenoemde delicten wier mentale vermogens op het moment van de handeling waren aangetast, in een wettelijk niemandsland belanden. Zij kunnen niet worden geïnterneerd (toepassing van de nieuwe wet) of veroordeeld (toepassing van artikel 71 van het Strafwetboek dat bepaalt dat er geen sprake is van een strafbaar feit, wanneer de beschuldigde of beklagde op het moment van de feiten leed aan een psychische stoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden tenietdoet). Zie J.-C. Van Den Steen, ‘Pot-pourri III-internement : fragrances, méfiance et espérances’, J.T., 2016, p. 438 en 439 Personen van wie het oordeelsvermogen op het moment van de daad en van het oordeel was aangetast (maar niet was tenietgedaan), maar die niet aan de andere voorwaarden voor internering voldoen (bijvoorbeeld aantasting van de fysieke integriteit), stromen door naar het klassieke strafcircuit, wanneer ze niet in aanmerking komen voor vrijspraak zoals bedoeld in artikel 71 van het Strafwetboek. De ernst van de daad is echter niet noodzakelijk een indicator voor de ernst van een pathologie die moet worden behandeld. Zie over dit onderwerp Cartuyvels Y., Nederlandt O., Colette-Bassecqz N., Vansiliette F., ‘De la loi de défense sociale de 1930 à l'internement de 2014 : remarques conclusives’, La loi du 5 mai relative l'internement. Nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?, pp. 225-226.

35 Artikel 9 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering. We wijzen nog op de volgende punten:

- Het psychiatrisch deskundigenonderzoek is verplicht en onderworpen aan het principe van hoor en wederhoor (artikelen 5§1 en 8 van de wet van 5 mei 2014);
- Wanneer iemand met het oog op het onderzoek ter observatie wordt opgenomen, organiseert de nieuwe wet dit in een beveiligd klinisch observatiecentrum (artikel 6 van de wet van 5 mei 2014). In tegenstelling tot de rest van de wet had dit artikel tegen uiterlijk 1 januari 2020 in werking moeten treden. Dit is echter nog steeds niet het geval. We weten intussen dat het klinische observatiecentrum in de gevangenis van Haren komt; - De wet breidt de uitvoeringsmodaliteiten van de interneringsmaatregel uit en zorgt voor flexibiliteit bij het toekennen van deze verschillende uitvoeringsmodaliteiten (artikelen 19 en volgende van de wet van 5 mei 2014).

handicap, en bijgevolg discriminerend van aard. Bovendien beantwoorden de maatregelen eerder aan veiligheidsdoelstellingen dan aan het idee van een gelijke behandeling binnen het strafrechtelijk systeem.

Er moet ook worden opgemerkt dat de introductie van een nieuw stelsel van verminderde toerekeningsvatbaarheid het directe verband tussen het ontbreken van strafrechtelijke verantwoordelijkheid (ontoerekeningsvatbaarheid) en internering op de helling zit. De interventiegebieden van de verschillende aansprakelijkheidsregimes lopen door elkaar heen, de toepassingscriteria zijn onvoldoende afgebakend en stellen de beklagde bloot aan verschillende interpretaties, die niettemin bepalend zijn voor zijn of haar traject.

In juli 2023 reageerde Unia in een gezamenlijke mededeling met de Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (CTRG) en het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens (FIRM) op het Belgisch Actieplan aan het Comité van Ministers van de Raad van Europa (dat instaat voor de opvolging van de veroordelingen voor het Europees Hof van de Rechten van de Mens). Het Comité van Ministers nam de conclusies van Unia, CTRG en FIRM grotendeels over en constateerde dat België [onvoldoende vooruitgang](#) boekt in verband met de zorgmogelijkheden voor geïnterneerde mensen die verblijven in Belgische gevangenissen.

In de beslissing onderschreef het Comité van Ministers de aanbevelingen van onze drie organen:

- Zo snel mogelijk een oplossing vinden voor de toename van het aantal geïnterneerden en een studie uitvoeren naar de oorzaken van de toename van het aantal geïnterneerden.
- Onmiddellijk de gezondheidszorg voor geïnterneerden in de gevangenis verbeteren.
- Het aantal plaatsen in de FPC en het reguliere zorgcircuit verhogen.
- Een Nationaal Preventie Mechanisme ter preventie van foltering opzetten om toezicht te houden op al deze centra en psychiatrische ziekenhuizen.
- De controle van de Kamers voor de Bescherming van de Maatschappij op de situatie van geïnterneerden versterken.

Last but not least vraagt het Comité zijn secretariaat om een tussentijdse resolutie op te stellen die in december 2024 moet worden aangenomen als er tegen die tijd geen tastbare vooruitgang is geboekt.

Ook reageerde Unia op het voorontwerp van wet houdende wijziging van de Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden en de daarin voorgestelde regeling voor de interne rechtspositie van geïnterneerden. Het benadrukte het belang van een structurele oplossing die de rechtsbescherming van geïnterneerden in de penitentiaire context garandeert.

VN-Verdrag

Artikel 14: vrijheid en veiligheid van de persoon

1. De Staten die Partij zijn waarborgen dat personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen:
 - a) het recht op vrijheid en veiligheid van hun persoon genieten;
 - b) niet onrechtmatig of willekeurig van hun vrijheid worden beroofd, en dat iedere vorm van vrijheidsberoving geschiedt in overeenstemming met de wet, en dat het bestaan van een handicap in geen geval vrijheidsberoving rechtvaardigt.
2. De Staten die Partij zijn waarborgen dat indien personen met een handicap op grond van om het even welke procedure van hun vrijheid worden beroofd, zij op voet van gelijkheid met anderen recht hebben op de waarborgen in overeenstemming met internationale mensenrechtenverdragen en in overeenstemming met de doelstellingen en beginselen van dit Verdrag worden behandeld, met inbegrip van de verschaffing van redelijke aanpassingen.

Het VN-Comité heeft [richtlijnen](#) opgesteld met betrekking tot artikel 14. Hierin wordt sterk benadrukt dat het principe van het VN-Verdrag elke vrijheidsberoving verbiedt gebaseerd op een werkelijke of vermeende handicap, zelfs als de handicap gepaard gaat met een andere gerechtvaardigde reden, zoals het vormen van een gevaar voor de samenleving of het bestaan van een zorgnood.

Het VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap is dan ook van mening dat wetgeving die bepaalt dat “personen kunnen worden geplaatst op basis van het bestaan van een werkelijke of vermeende handicap, van nature discriminerend is en een vorm van willekeurige vrijheidsberoving”.

Iedereen, ook personen met een handicap, heeft de plicht om geen schade te berokkenen en de principes van de rechtsstaat, waaronder de strafwetten en andere wetgeving, te respecteren. Personen met een handicap worden vaak niet op gelijke voet met anderen beschermd door deze wetten, omdat ze afhankelijk zijn van buitengerechtelijke interventieprogramma's, bedoeld om personen over te plaatsen naar inrichtingen voor geestelijke gezondheidszorg of om hen te verplichten om deel te nemen aan diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 19: Zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij

De Staten die Partij zijn bij dit Verdrag erkennen het recht van alle personen met een handicap om in de maatschappij te wonen met dezelfde keuzemogelijkheden als anderen en nemen doeltreffende en passende maatregelen om het personen met een handicap gemakkelijker te maken dit recht ten volle uit te oefenen en volledig deel uit te maken van, en te participeren in de maatschappij, onder meer door te waarborgen dat:

- a) personen met een handicap de kans hebben, op voet van gelijkheid met anderen, vrij hun verblijfplaats te kiezen, alsmede waar en met wie zij leven, en niet verplicht zijn te leven in een bepaalde leefstructuur;
- b) personen met een handicap toegang hebben tot een reeks van thuis, residentiële en andere maatschappijondersteunende diensten, waaronder persoonlijke assistentie, noodzakelijk om het wonen en de opname in de maatschappij te ondersteunen en isolatie of uitsluiting uit de maatschappij te voorkomen;
- c) de sociale diensten en faciliteiten voor het algemene publiek op voet van gelijkheid beschikbaar zijn voor personen met een handicap en beantwoorden aan hun behoeften.

Het VN-Comité heeft [richtlijnen](#) opgesteld over de inhoud en toepassing van artikel 19³⁶. Het Verdrag stelt dat mensen met een handicap dezelfde rechten hebben als ieder ander. Veel personen met een handicap worden echter nog steeds gediscrimineerd en in hun rechten beperkt.

Al heel lang wordt personen met een handicap keuzevrijheid en controle over hun eigen leven ontzegd. Maar al te vaak wordt aangenomen dat ze niet in staat zijn om zelfstandig te wonen op een plek van hun keuze. Daarom investeert de overheid geld in instellingen voor personen met een handicap in plaats van in maatschappelijke ondersteuningsdiensten. De negatieve gevolgen van deze aanpak zijn segregatie, verwaarlozing, afhankelijkheid van familie, beperkte vrijheid, misbruik en isolement.

Vaststellingen van fundamentele mensenrechtenschendingen door internationale instanties

VN-Comité betreffende de rechten van personen met een handicap

Naar aanleiding van de evaluatie van België met betrekking tot de naleving van het VN-Verdrag, publiceerde het Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap (controleorgaan voor de naleving van het VN-Verdrag in elke Staat die het Verdrag ondertekend heeft) zijn [slotopmerkingen](#) op 1 oktober 2014.

In verband met artikel 14 van het VN-Verdrag gewijd aan het recht op vrijheid en veiligheid van de persoon, vraagt het Comité aan België om:

“(...) Om ervoor te zorgen dat personen met een handicap die in een gevangenis verblijven, toegang hebben tot gezondheidszorg op voet van gelijkheid met anderen en op basis van de vrije en geïnformeerde instemming van de persoon. Die gezondheidszorg moet ook van een vergelijkbaar niveau zijn als in de samenleving in het algemeen;

om een formeel klachtenmechanisme op te zetten, onafhankelijk en toegankelijk voor alle gedetineerden die in gevangenissen of forensisch psychiatrische inrichting zijn geplaatst;

en om ervoor te zorgen dat er geen buitengerechtelijk interventieprogramma wordt geïmplementeerd dat bedoeld is om personen over te plaatsen naar inrichtingen voor geestelijke gezondheidszorg of om hen te verplichten deel te nemen aan diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Deze diensten mogen enkel mits vrije en geïnformeerde instemming van de persoon worden verstrekt.”

Europees Hof voor de Rechten van de Mens

In het licht van de oude wet tot bescherming van de maatschappij veroordeelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens België meermaals wegens schending van de grondrechten van geïnterneerden in strafinrichtingen. Vooral het pilootarrest van 6 september 2016 verdient onze aandacht³⁷.

Het Hof wijst op de structurele disfunctie die eigen is aan het Belgische systeem en die de oorzaak vormt van de schending van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens: het tekort aan aangepaste plaatsen in het externe circuit en het gebrek aan gekwalificeerd personeel in de psychiatrische afdelingen van gevangenissen laten niet toe dat het mechanisme voor de bescherming van de maatschappij behoorlijk werkt.

³⁶ Voor meer informatie over deze richtlijnen, zie ook [Unia_Tekst_Artikel_19_en_General_Comment_NDL_.pdf](#)

³⁷ EHRM, 6 september 2016, W.D. v. Belgique.

In toepassing van artikel 46 van het Verdrag³⁸ geeft het Hof de Belgische overheden twee jaar de tijd om een menswaardig interneringssysteem voor delinquenten te organiseren. Op 31 januari 2019 veroordeelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens België voor een geïnterneerde in een inrichting tot bescherming van de maatschappij die een klacht had ingediend omdat hij geen gepaste psychiatrische zorg in zijn taal had gekregen³⁹. In beroep besliste de Grote Kamer dat er sprake was van een schending van artikel 5 gelet op “de nauwe band tussen de rechtmatigheid van de detentie van personen met een psychische aandoening en de gepastheid van de behandeling van hun geestelijke gezondheidstoestand.” Hierdoor stelt het Hof de rechtmatigheid van de detentie afhankelijk van het toedienen van een gepaste behandeling. Ze verleent artikel 5§1, e) van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens een therapeutische functie, naast de bescherming van de maatschappij⁴⁰.

Naast twee arresten in 2023 waarin de instemming van de staat om de eisers te compenseren werd vastgelegd⁴¹, dateert het recentste arrest ([Venken e.a. vs. België](#)) van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens van 6 april 2021. De zaak betreft vijf verzoekschriften die betrekking hebben op de internering van vijf Belgen in de psychiatrische vleugel van gewone gevangenen, en die volgen op het pilotovonniss W.D. vs. België. De verzoekers beweren dat ze geen behandeling kregen die aan hun geestelijke gezondheidstoestand was aangepast, en hadden klachten over het ontbreken van doeltreffende rechtsmiddelen om aan hun situatie te verhelpen.

Wat het verblijf in de psychiatrische afdeling van een gewone gevangenis betreft, oordeelde het Hof dat de detentieomstandigheden niet strookten met artikelen 3 en 5§1 van het Europees Verdrag. Het Hof koesterde ook weinig hoop dat er iets zal veranderen en dat er gepaste medische begeleiding komt.

Deze lange detentieperiode was immers “een bijzonder zware beproeving die de verzoekers blootstelde aan intens leed dat erger was dan het onvermijdelijke leed dat inherent is aan detentie.”

Wat de doeltreffendheid van de rechtsmiddelen betreft die de nieuwe wet organiseert (hierover hadden twee verzoekers klachten), baseert het Hof zich op de complementariteit van de rechtsmiddelen voor de Kamers voor de Bescherming van de Maatschappij en voor de justitiële rechter (hier de rechter in kortgeding). Het Hof komt op basis daarvan tot het besluit dat er geen sprake is van schending van artikel 5§4 (recht op een spoedige beslissing over de rechtmatigheid van zijn detentie) en van artikel 13 (recht op een daadwerkelijk rechtsmiddel), in combinatie met artikel 3. Let wel: het Hof vindt dat “de rechtsmiddelen voor de instanties voor bescherming van de maatschappij zoals ze door de wet betreffende de internering georganiseerd zijn, niet van dien aard zijn dat ze snel verandering in de situatie zullen brengen.” Die rechtsmiddelen kunnen op zich niet als daadwerkelijk functioneel worden beschouwd.

Europees Comité ter voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing (CPT)

Bij zijn periodiek bezoek aan België in 2017 bezocht het CPT verschillende soorten detentie-inrichtingen buiten het ziekenhuiscircuit die ook geïnterneerden opvangen: het FPC in Gent, de inrichting tot bescherming van de maatschappij in Paifve, de psychiatrische afdelingen van de gevangenen van Lantin en Sint-Gillis en de afdeling voor geïnterneerde vrouwen in het penitentiair complex in Brugge.

38 Artikel 46 van het Europees Verdrag luidt als volgt: “De Hoge Verdragsluitende Partijen verbinden zich ertoe zich te houden aan de einduitspraak van het Hof in de zaken waarbij zij partij zijn.”

39 Arrest Rooman v. België, grote kamer, 31 januari 2019.

40 Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves et Nederlandt Olivia, « Handicap et lieux privés de liberté », Les grand arrêts en matière de handicap, Larcier, Bruxelles, 2020, p 777.

41 [Decherf en anderen, n° 73573/14](#) en [Cuyvers en anderen, n°19813/14](#).

In zijn rapport na dit bezoek erkent het CPT de inspanningen die de Belgische overheden leveren in hun zoektocht naar aangepaste zorg voor geïnterneerden. Op termijn streeft de hervorming naar een betere begeleiding van geïnterneerden in gespecialiseerde inrichtingen. Het CPT benadrukt in dit verband dat de kwaliteit van de zorgverlening in het forensisch psychiatrisch centrum van Gent doorgaans goed is, het therapeutisch aanbod afwisselend is en dat er voldoende multidisciplinaire teams zijn. Bovendien wordt er ingezet op het informeren, betrekken en participeren van de patiënt.

Het CPT wijst echter ook op enkele problemen met fixatie en afzondering. Het ziet ook een groot probleem in het tekort aan alternatieve plaatsen voor patiënten die op het einde van hun zorgtraject in het PFC belanden en met de opvang van personen in dit type inrichtingen die er niet op hun plaats zijn.

De penitentiaire psychiatrische inrichtingen (met inbegrip van de IBM in Paifve) kampen met bekende systematische problemen: een schrijnend tekort aan personeel, een beperkte toegang tot medische behandelingen, een slecht aanpak van psychiatrische noodgevallen en van geweld (van personeel tegen geïnterneerden en tussen geïnterneerden).

De situatie in de psychiatrische afdeling van de gevangenis van Lantin is bijzonder alarmerend.

Naast andere aanbevelingen vraagt het CPT de Belgische overheden om meer opvangmogelijkheden, met name in het ziekenhuiscircuit. Dit om tegemoet te komen aan de behoeften van personen die niet in de FPC thuishoren. Het CPT vraagt ook om de FOD Volksgezondheid meer te betrekken bij de zorgverlening

aan geïnterneerden in penitentiaire inrichtingen, om een basisopleiding voor penitentiaire beambten in te richten die werken in psychiatrische afdelingen en in contact komen met geïnterneerden, om in penitentiaire inrichtingen meer zorgpersoneel in te schakelen en om maatregelen te nemen om de protocollen over afzonderingspraktijken, mechanische fixatie en dwangmedicatie grondig te herzien⁴².

Dichotomie tussen de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens en het standpunt van het VN-Comité

Wat internering betreft, nemen het Europees Hof voor de Rechten van de Mens en het Comité voor de rechten van personen met een handicap fundamenteel verschillende standpunten in⁴³.

Terwijl het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens in zijn artikel 5, 1°, 3 als uitzondering op het recht op vrijheid en veiligheid de reguliere detentie van een 'geesteszieke' toestaat, verbiedt artikel 14 van het VN-Verdrag in zijn artikel 14 elke vrijheidsbeneming die op grond van een handicap wordt gerechtvaardigd.

Zo stelt het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in zijn arrest van 31 januari 2019 uitdrukkelijk dat "artikel 5 in zijn huidige interpretatie detentie op grond van een handicap niet verbiedt."⁴⁴ Om rechtmatig te zijn, moet de vrijheidsbeneming echter voldoen aan zowel procedurele als materiële voorwaarden⁴⁵. Een van die voorwaarden is vervat in artikel 5, dat een verband vereist tussen het motief voor de detentie en de plaats en het regime van de

42 Zie « Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 27 mars au 6 avril 2017 » beschikbaar op <https://rm.coe.int/16807913b1#:~:text=Visite%2C%20rapport%20et%20suites%20C3%A0%20donner,-1.&text=Conform%C3%A9ment%20%C3%A0%20l%E2%80%99article%207,mars%20au%206%20avril%202017>, pp. 48-72.

43 Zie Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves et Nederlandt Olivia, « Handicap et lieux privatifs de liberté », Les grand arrêts en matière de handicap, Larcier, Bruxelles, 2020, p 763 et s.

44 Arrest Rooman vs. België, grote kamer, 31 januari 2019.

45 Deze voorwaarden zijn vastgelegd in het arrest Winterwerp vs. Nederland, 1979i.

detentie⁴⁶. Uiteindelijk is de detentie van een persoon met een psychische aandoening in het licht van artikel 5, 1 e) van het Europees Verdrag enkel gerechtvaardigd “als die plaatsvindt in een ziekenhuis, een kliniek of een andere geschikte inrichting.”⁴⁷

Het is precies deze voorwaarde over de plaats van internering die geleid heeft tot de herhaaldelijke veroordelingen van België. Het gaat om het langdurig verblijf van geïnterneerden in psychiatrische afdelingen van Belgische gevangenissen. De veroordelingen van België door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens op grond van een schending van artikel 5§1, e) van het Europees Verdrag gaan vaak gepaard met een schending van artikel 3 (verbod van onmenselijke of vernederende behandelingen) en soms van artikel 2 (recht op leven).

Omgekeerd verbiedt het mechanisme van het VN-Verdrag elke vrijheidsbenaming gerechtvaardigd door een handicap, ook al is er nog een andere reden voor de detentie: het gevaar dat de persoon vormt of gezondheidsoverwegingen.^{48 49}

De richtlijnen van het Comité voor de rechten van personen met een handicap bij artikel 14 luiden als volgt:

“Het Comité stelde vast dat artikel 14 niet voorzag in een uitzondering op grond waarvan personen hun vrijheid kan worden ontnomen op grond van

een werkelijke of vermeende handicap. De wetgeving van verschillende staten die partij zijn (...) blijft echter voorzien in verschillende gevallen waarin mensen in een instelling kunnen worden geplaatst op basis van een reële of vermeende handicap, op voorwaarde dat er andere redenen zijn voor hun plaatsing, zoals het feit dat ze een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen.”

Deze richtlijnen stellen dat “die praktijk niet compatibel is met artikel 14; ze is van nature discriminerend en een vorm van willekeurige vrijheidsbenaming (...) Artikel 14 verbiedt elke vrijheidsbenaming om redenen van werkelijke of vermeende aantasting, zelfs als andere factoren of criteria worden aangevoerd om dit te rechtvaardigen.”⁵⁰

In zijn slotopmerkingen⁵¹ gericht aan België, zegt het Comité voor de rechten van personen met een handicap het volgende over de interneringswet van 2014:

“Het Comité vreest dat de nieuwe wet van mei 2014 die de internering regelt van personen die handelingsonbekwaam zijn verklaard, niet in overeenstemming is met het Verdrag. De maatregelen zijn in feite sociale sancties die niet worden opgelegd op basis van het proportionaliteitsbeginsel, maar wel op basis van de toestand van een persoon die als ‘gevaarlijk’ wordt beschouwd. De procedure die wordt gebruikt om veiligheidsmaatregelen te nemen ten aanzien van personen die

46 Wat dit betreft, vult het arrest *Ashingdane vs. het Verenigd Koninkrijk* (§44) het arrest *Winterwerp* aan.

47 Arrest *Ashingdan vs. het Verenigd Koninkrijk*, 28 mei 1985, §44.

48 “Dit standpunt van het Comité is gebaseerd op een sociale invulling van het begrip handicap, een formele lezing van het gelijkheidsbeginsel, een universele opvatting van handelingsbekwaamheid en een vooroordeel tegen institutionalisering.” Zie in dit verband *Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves en Nederlandt Olivia, ‘Handicap et lieux privés de liberté’*, Les grands arrêts en matière de handicap, Larcier, Brussel, 2020, p 766.

49 Opmerking: de Hoge Commissaris voor de mensenrechten van de Verenigde Naties interpreteert in een thematische studie die bedoeld is om het VN-Verdrag beter bekend te maken en te begrijpen, artikel 14 van het VN-Verdrag op een meer genuanceerde manier (Thematische studie, A/HR/10/48, 26 januari 2009, §49). Zie in dit verband: *Hachez Isabelle, Cartuyvels Yves en Nederlandt Olivia, ‘Handicap et lieux privés de liberté’*, Les grands arrêts en matière de handicap, Larcier, Brussel, 2020, p 767 en 768.

50 Richtlijnen van het Comité voor de rechten van personen met een handicap van september 2015 met betrekking tot artikel 14 van het VN-Verdrag, §6 en 7.

51 Beschikbaar op https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fBEL%2fC_0%2f1&Lang=fr, p. 5.

handelingsonbekwaam worden geacht, is niet in overeenstemming met de procedurele waarborgen die zijn vastgelegd in het internationaal mensenrecht, zoals het vermoeden van onschuld, het recht op verdediging en het recht op een eerlijk proces.”

Het Comité roept ook op om de grondslag zelf van de interneringsmaatregel in vraag te stellen en raadt de Belgische Staat aan om:

“de wet van mei 2014 te herzien en het systeem van veiligheidsmaatregelen die worden genomen ten aanzien van personen met een handicap die handelingsonbekwaam zijn verklaard, af te schaffen. Personen met een handicap die verantwoordelijk worden bevonden voor het plegen van een misdrijf, moeten worden berecht op basis van de gewone strafprocedure, op voet van gelijkheid met anderen, met dezelfde waarborgen en met specifieke procedurele aanpassingen, teneinde hun gelijke behandeling binnen het strafrechtelijk systeem te garanderen.”

Deze tweedeling tussen de visie van het Europese Hof voor de rechten van de mens en de visie van het VN-Comité zet spanning op de benadering van ‘detentie en geestelijke gezondheidszorg op grond van de mensenrechten’. Hoewel de eerste visie (hard law) juridisch bindender is dan de tweede (soft law), sluit het mandaat van Unia aan bij de tweede visie.

Colofon



Re-integratie van geïnterneerde personen: welke uitdagingen in een rechtstaat?

Aanbevelingen Unia

Brussel, december 2023

Uitgever: Unia, Interfederaal Gelijkekansencentrum

Victor Hortaplein 40 bus 40, 1060 Brussel

T +32 (0)2 212 30 00

Redactie: Unia

Vormgeving: Unia & studiOrama

Verantwoordelijke uitgever: Els Keytsman

We danken iedereen die heeft meegewerkt aan deze brochure.

Voor meer informatie, contacteer quinten.vercruysse@unia.be (NL), laure.greban@unia.be (FR) of marie.horlin@unia.be (FR)