

Waarom we de ketenen na meer dan 200 jaar opnieuw moeten breken

I. Querter

Aan het einde van de achttiende eeuw zette Philippe Pinel zich in voor de verbetering van de leefomstandigheden van psychiatrische patiënten in Parijs. Hij pleitte voor de afschaffing van fysieke dwangmiddelen ('het breken van de ketenen') en bevorderde een meer humane en moreel gefundeerde benadering van psychiatrische zorg.¹ Deze historische verschuiving naar een meer menswaardige benadering vormt tot op heden een belangrijk normatief uitgangspunt binnen de psychiatrische hulpverlening. Desondanks is de toepassing van dit principe in het huidige zorglandschap niet meer vanzelfsprekend.

Vandaag, meer dan 200 jaar later, blijkt voor een aantal patiënten een adequate zorgstandaard nog steeds niet gerealiseerd. In België verblijven al jaren vele patiënten met een interneringsstatuut in gevangenissen, momenteel wachten er meer dan 1100 geïnterneerden op een plaats in een gespecialiseerde behandelvoorziening.² Ook in Nederland zien we een toenemende trend waarbij er eind vorig jaar 250 patiënten met een tbs-status in een gevangenis op hun behandeling wachtten.³ Aandacht voor deze problematische situatie is dringend nodig. Daarom ga ik in op drie centrale vragen. Ten eerste: waarom horen forensisch-psychiatrische patiënten niet thuis in een detentieomgeving? Ten tweede: hoe kunnen we de groei van deze populatie verklaren? Ten derde: welke beleidsmaatregelen zijn mogelijk om deze maatschappelijke uitdaging aan te pakken?

Waarom horen forensisch-psychiatrische patiënten niet in detentieomgeving?

Ten eerste veronderstelt strafrechtelijke bestraffing dat een individu vrij en rationeel heeft kunnen handelen. Bij ernstige psychiatrische stoornissen is deze voorwaarde niet vervuld. Het is dan *ethisch inconsistent* om een straf op te leggen, aangezien de dader niet in volle vrijheid heeft gehandeld.⁴ Dit principe wordt internationaal gehandhaafd. België is reeds herhaaldelijk veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens voor de langdurige detentie van geïnterneerden

in gevangenissen, waar deze patiënten onvoldoende toegang hebben tot de noodzakelijke zorg.⁵ Bovendien is detentie *inefficiënt*. Een meta-analyse toonde aan dat de recidivepercentages bij gedetineerden 1,4 tot 7,7 keer hoger liggen dan bij forensisch-psychiatrische patiënten in gespecialiseerde zorg.⁶

De aanwezigheid van deze patiënten draagt ook bij aan de *structurele overbevolking in de gevangenissen*. In Nederland is er een oplopend tekort aan detentiec capaciteit,⁷ maar de situatie in de Belgische gevangenissen is nog schrijnender, met 13.470 gedetineerden bij een capaciteit van 11.296 plaatsen.⁸ Deze structurele overbevolking leidt tot *mensonterende praktijken* waarbij er, onder andere, een toenemende hoeveelheid mensen op de grond moet slapen.⁸ Gevangenisartsen luidden reeds de alarmbel over de *structureel ontoereikende zorg en levensomstandigheden*.⁹ Cruciaal is dat deze omstandigheden niet alleen het welzijn schaden, maar ook de *psychiatrische problematiek verergeren*. Dit resulteert in langere en intensievere behandeltrajecten nadien, waardoor de doelstelling van resocialisatie juist wordt ondermijnd.^{9,10}

Waardoor groeit de forensisch-psychiatrische populatie?

Slechtere geestelijke gezondheid algemene bevolking en gebrek aan zorg

De *prevalentie van psychiatrische aandoeningen* neemt de laatste jaren toe.¹¹ Terzelfder tijd werden in België en Nederland residentiële *psychiatrische bedden afgebouwd* ten voordele van de ambulante zorg. In Nederland betrof dit in de periode 2008-2020 een derde van de residentiële bedden.¹² Hoewel deze verschuiving een waardevolle aanvulling vormt binnen het zorglandschap voor veel patiënten, kan ze ertoe leiden dat het reguliere zorgaanbod voor een deel van de meest kwetsbare patiënten onvoldoende toereikend is. Lionel Penrose postuleerde reeds in 1939 dat het aantal bedden in psychiatrische instellingen omgekeerd evenredig is aan het aantal gevangenisbedden.¹³ Onderzoek in het Verenigd

Koninkrijk becijferde dat voor het sluiten van 100 psychiatrische bedden er tien jaar later gemiddeld 36 extra gedetineerden waren.¹³ Roza waarschuwde in 2020 in dit tijdschrift voor dit fenomeen en problematiseerde hiermee dalende publieke investeringen in geestelijke gezondheidszorg.¹⁴

Toegenomen instroom

De behoefte aan forensische zorgcapaciteit toont sinds de invoering van de tbs in Nederland een fluctuerend verloop dat samenhangt met verschuivende *maatschappelijke prioriteiten*. Spraakmakende incidenten en een dalende risicotolerantie leiden tot een grotere inzet van forensische maatregelen en langere behandeltrajecten.^{15,16}

Daarnaast bepaalt het *juridisch kader* ook aan welke voorwaarden voldaan dient te zijn alvorens tot tbs of internering kan worden overgegaan. In Nederland is een vereiste voor een tbs-maatregel een misdrijf waarvoor minimaal vier jaar gevangenisstraf wordt opgelegd.¹⁷ In België ontbreekt deze specifieke strafdrempel; internering is mogelijk bij elke aantasting van de fysieke of psychische integriteit van derden.¹⁵ Deze lagere juridische drempel, gecombineerd met kritiek op de *wisselende kwaliteit van expertises* die soms te snel tot een interneringsadvies leiden, draagt bij aan de toegenomen instroom van forensisch-psychiatrische patiënten in België.¹⁵

Knelpunten in de doorstroom en uitstroom

Zoals gezegd, worden geïnterneerde personen in België vaak pas na een langdurige detentieperiode opgenomen in een gespecialiseerde forensische behandelsetting. De *negatieve effecten van deze voorafgaande detentie* kunnen de start van de behandeling bemoeilijken en leiden tot een verlenging van het therapeutisch traject.¹⁰ Forensische patiënten hebben vaak complexe en meervoudige problematiek, resocialisatie is niet steeds mogelijk. Langverblijvers met hoog recidiverisico (*longstaypatiënten*) vereisen voorzieningen gericht op langdurige zorg en stabilisatie.¹⁰

Daarnaast bestaan er barrières in de doorstroom naar vervolgvoorzieningen. Onzekerheid over het geschikte zorgtraject en discussies omtrent transfercondities tussen forensische zorgactoren vertragen het traject.¹⁰ Ook de doorstroom naar de reguliere psychiatrische zorg zou niet steeds optimaal verlopen. Zowel in Nederland als in België bestaat de indruk dat de fragmentatie tussen forensische en reguliere psychiatrische zorg is toegenomen, mede door capaciteitsdruk.^{15,16}

Hoe kunnen we de situatie verbeteren?

Capaciteit en doorstroommogelijkheden optimaliseren

De forensisch-psychiatrische capaciteit moet worden uitgebreid in België en Nederland. Beide landen nemen initiatieven om het aantal behandelplaatsen te verhogen.^{2,18} België focust op forensische zorghuizen

en mobiele teams als overgang tussen gesloten zorg en zelfstandig wonen.² Hoewel deze maatregelen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan resocialisatie, blijven ze ontoereikend voor patiënten die complexe en langdurige zorg nodig hebben. Er is behoefte aan bijkomende gespecialiseerde voorzieningen.

Een versterking van de reguliere geestelijke gezondheidszorg is eveneens essentieel, aangezien de samenwerking tussen reguliere en forensische zorg bepalend is voor zowel preventie als uitstroom. De huidige stand van zaken onderstreept de urgentie om de structurele onderfinanciering van de reguliere psychiatrische zorg, in het bijzonder in België, aan te pakken.

Planning en monitoring van de continuïteit van zorg

Geïntegreerde en gecontinueerde forensische zorg vereist een sturende overheidsrol die de samenwerking tussen justitie en onderlinge gezondheidszorgactoren faciliteert. Een planningscommissie die capaciteitsbehoeften systematisch monitort, is noodzakelijk. De Nederlandse meerjarenagenda forensische zorg zet terecht in op flexibel capaciteitsbeleid voor fluctuaties in de zorgvraag.¹⁸

Verder wetenschappelijk onderzoek

De verdere ontwikkeling van de forensisch-psychiatrische wetenschap vereist gerichte investeringen in onderzoek en kennisontwikkeling op het gebied van forensische diagnostiek en behandeling. Versterkte financiering, (inter)nationale samenwerking en een hierop afgestemde opleiding zijn essentieel om wetenschappelijke inzichten te vertalen naar een effectievere zorg.

Aanpassing van het juridisch kader

De Belgische regering beoogt een herziening van de interneringswetgeving om deze maatregel gericht toe te passen op wie ze daadwerkelijk nodig heeft.² Deze hervorming moet echter gepaard gaan met een voldoende uitgebouwd zorgaanbod dat aansluit bij de individuele zorgnoden van iedere patiënt, ongeacht hun juridische status. Het beperken van interneringsbeslissingen mag er niet toe leiden dat een kwetsbare groep zonder passende zorg achterblijft.

Engagement van de ggz-professional

Naast structurele hervormingen is ook een toegenomen engagement binnen de zorgsector noodzakelijk. Vaak bestaat er een onbewuste stigmatisering bij hulpverleners in de reguliere zorg jegens forensische patiënten, die als complex, gevaarlijk of moeilijk behandelbaar worden gezien.¹⁹ Als psychiaters dienen we deze stigma's actief te doorbreken. Alleen door deze professionele bereidheid tot dialoog en samenwerking kan de kloof tussen de reguliere en forensische systemen worden overbrugd en kan de patiënt een continuüm van zorg ervaren. Wij moeten pleiten voor een zorglandschap waarin de patiënt centraal staat, ongeacht de juridische status.

‘Voor duizenden personen met een internerings- of tbs-maatregel die in detentie verblijven, dient de hulpverlening effectiever en menswaardiger te worden georganiseerd.’

Conclusie

Meer dan twee eeuwen na het breken van de ketenen door Pinel blijft het streven naar humane psychiatrische zorg onvoltooid. Voor duizenden personen met een internerings- of tbs-maatregel die in detentie verblijven, dient de hulpverlening effectiever en menswaardiger te worden georganiseerd. Dit vereist niet alleen structurele beleidshervormingen, maar ook een actieve rol van de psychiatrische gemeenschap om stigma's te doorbreken en de kloof tussen justitie en zorg te overbruggen. Zonder deze gezamenlijke inspanning blijft de huidige zorg ontoereikend, met gevolgen voor zowel de betrokken patiënten als de samenleving in haar geheel. Het is tijd om de ketenen definitief te breken.

LITERATUUR

- Shorter E. A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac. New York: Wiley; 1997.
- Vandenbroucke F. Gerichte maatregelen voor een vlottere door- en uitstroom van geïnterneerden uit de gevangenissen. 2026 <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/nieuws/gerichte-maatregelen-voor-een-vlottere-door-en-uitstroom-van-geïnterneerden-uit-de>
- NOS. Steeds meer tbs'ers wachten op plek in kliniek en krijgen schadevergoeding. 2025 <https://nos.nl/artikel/2593408-steeds-meer-tbs-ers-wachten-op-plek-in-kliniek-en-krijgen-schadevergoeding>
- Morse SJ. Mental disorder and criminal law. J Crim Law Criminol 2011; 101: 885-968.
- Unia. Raad van Europa roept België op het matje over internering in gevangenissen. www.unia.be/nl/actua/raad-van-europa-roept-belgië-op-het-matje-over-internering-in-gevangenissen
- Fazel S, Fimińska Z, Cocks C, e.a. Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2016; 208:17-25.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. Code zwart. Uitstel is geen optie. 2025. www.dji.nl/actueel/nieuws/2025/12/18/code-zwart-uitstel-is-geen-optie
- Verlinden A. Strijd tegen overbevolking: ministerraad keurt masterplan infrastructuur van ministers Vanessa Matz en Annelies Verlinden goed. 2026. <https://verlinden.belgium.be/nl/nieuws/strijd-tegen-overbevolking-ministerraad-keurt-masterplan-infrastructuur-van-ministers-vanessa>
- VRT NWS. Gevangenisarts: 'De medische zorg in gevangenissen is ondermaats'. 2025. www.vrt.be/vrtnws/nl/2025/05/07/gevangenisarts-de-medische-zorg-in-gevangenissen-is-ondermaats/
- Jeandarme I, Heesch B, Boel L, e.a. High security geïnterneerden: Wie zijn zij? Waar komen ze vandaan? Waar gaan zij (niet) naartoe? Panopticon 2020; 41: 448-66.
- Ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, e.a. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry 2023; 22: 275-85.
- Knispel A, Hulsbosch L, Kroon H, e.a. Ambulantisering van de ggz. Trimbo-instituut; 2019. www.trimbo.nl/wp-content/uploads/2025/10/af1661-ambulantisering-van-de-ggz.pdf
- Wild G, Alder R, Weich S, e.a. The Penrose hypothesis in the second half of the 20th century: investigating the relationship between psychiatric bed numbers and the prison population in England between 1960 and 2018-2019. Br J Psychiatry 2022; 220: 295-301.
- Roza S. Leidt ambulantisering tot meer gevangenschap van psychiatrische patiënten? Tijdschr Psychiatr 2020; 62: 94-6.
- De Spiegeleir S, Habets P, Verschuere S, e.a. Toename van het aantal geïnterneerde personen in België: een overzicht van de bestaande kennis. https://incc.fgov.be/wp-content/uploads/2026/02/Rapport-64b_Internerings_NL.pdf
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. Toekomstverkenning sector forensische zorg. Ministerie van Justitie en Veiligheid; 2024. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/01/31/tk-bijlage-3-voortgangsbrief-fz-jan-2024-rapport-toekomst-verkenning
- TBS Nederland. Over tbs. <https://tbsnederland.nl/over-tbs/>
- Bestuurlijk overleg forensische zorg. Meerjarenagenda forensische zorg 2024-2029. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/09/30/tk-bijlage-1-meerjarenagenda-forensische-zorg-2024
- Vorstenbosch E, Escuder-Romeva G, Haro JM, e.a. Conceptualizing professional stigma toward forensic mental health service users: results of a qualitative inquiry. Int J Forensic Ment Health 2025; 24: 324-35.

AUTEUR

Ilya Querter, arts in opleiding tot psychiater, Universiteit Gent.

Correspondentie

Ilya Querter (ilya.querter@ugent.be).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-5-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(07):341-343