

REF : 2026_RAP_03

Ouderen in detentie

Bezoek aan de penitenciaire inrichting van Merksplas op 11 juni 2026
Bezoek aan de penitenciaire inrichting van Saint-Hubert op 30 juni 2026

Goedgekeurd door de Centrale Raad op 20.08.2026

INHOUDSTAFEL

Samenvatting	3
I. Inleiding.....	4
A. Context.....	4
B. De bezochte ouderenafdelingen	5
1. Zaal 1 in Merksplas	6
2. Blok 8 in Saint-Hubert.....	7
3. De uiteenlopende realiteiten van beide afdelingen	8
II. Menswaardig ouder worden.....	10
A. Infrastructuur als bepalende factor	10
B. Menswaardig ouder worden is (meer dan) zorg	13
1. Zorg	13
2. Verder dan zorg.....	17
C. Pensioen en re-integratie	20
1. Re-integratie	20
2. Pensioen.....	21
D. Autonomie in de laatste levensfase	23
1. Levenseinde	23
2. Palliatieve zorg.....	24
III. Conclusie.....	26

SAMENVATTING

De **demografische vergrijzing van de samenleving zet zich ook voort in de gevangenissen**. Het aantal oudere gedetineerden in Belgische gevangenissen neemt toe van 550 zestigplussers in 2019 naar 719 in juni 2026. Bovendien is er binnen de gevangenispopulatie sprake van “*early aging*”; een versneld verouderingsproces dat het gevolg is van de fragiele levenstrajecten van gedetineerden en van het gevangenisverblijf.

De exponentiële toename van het aantal oudere gedetineerden **dwingt tot de ontwikkeling van een geïntegreerd beleid voor deze doelgroep**. Ouderen in detentie hebben specifieke noden die zich uitstrekken over alle levensdomeinen, van complexe medische zorgen tot meer alledaagse aspecten, zoals aangepaste maaltijden. De huidige detentiecontext wordt echter gekenmerkt door een vorm van “*institutional thoughtlessness*” waarbij onvoldoende rekening wordt gehouden met deze realiteit. **De bestaande infrastructuur en detentieregimes, ontworpen vanuit een veiligheidslogica, creëren voor oudere gedetineerden vaak disproportionele belemmeringen zonder dat daar een veiligheidsmeerwaarde tegenover staat**. De vele zware veiligheidsdeuren en wandelafstanden bemoeilijken bijvoorbeeld de fysieke verplaatsing naar de kinesis of de bezoekszaal, of maken dit zelfs onmogelijk.

Bij gebrek aan een geïntegreerd beleid werden er de afgelopen jaren *ad hoc* ouderenafdelingen ingericht, zoals zaal 1 in de gevangenis van Merksplas en blok 8 in de gevangenis van Saint-Hubert. Deze lokale initiatieven botsen echter op hun limieten. Er is nood aan een **structurele beleidsvisie** die de menselijke waardigheid en de specifieke zorg- en veiligheidsnoden van deze doelgroep centraal stelt.

Een eerste prioriteit is de uitbouw van een **aangepaste infrastructuur**. Gemeenschappelijke slaapzalen – zoals die van zaal 1 in Merksplas – zijn voor oudere gedetineerden vaak ongeschikt vanuit het oogpunt van privacy, waardigheid en veiligheid. Individuele cellen moeten daarom de norm worden. Daarnaast is een **holistisch zorgmodel** vereist, gedragen door multidisciplinaire teams en aangevuld met gespecialiseerd personeel dat niet-zorggerelateerde ondersteuning biedt bij dagelijkse activiteiten, sociale participatie, en fysieke en cognitieve activering. De erkenning van ouderenafdelingen als zorgafdelingen, evenals alternatieve modellen zoals een apart detentiehuis voor ouderen of een gesloten woonzorgcentrum, verdienen verdere beleidsmatige aandacht. Ook de **re-integratie** van oudere gedetineerden vormt een belangrijke uitdaging. Door de combinatie van zorgnoden, beperkte huisvestigingsmogelijkheden, geringe opnamebereidheid binnen de ouderenzorg, een afwezig sociaal netwerk en financiële kwetsbaarheden, dreigen zij na hun vrijlating tussen de mazen van het net te vallen.

Tot slot vereist ook de **laatste levensfase in detentie** een duidelijk beleidskader. Nu steeds meer oudere personen hun laatste levensfase in detentie doorbrengen, wordt sterven in detentie een nieuw aandachtspunt. Hierbij dienen de **autonomie en wensen van de betrokkene centraal** te staan. Tegelijk is de uitwerking van een kader voor **palliatieve zorg** noodzakelijk. Situaties van zorgafhankelijke, bedlegerige of dementerende gedetineerden confronteren ons bovendien **niet alleen met de vraag welke (palliatieve) zorg een gevangenis kan bieden, maar ook met de vraag wanneer iemand ophoudt in de eerste plaats gedetineerde te zijn en in de eerste plaats patiënt wordt**. Een toekomstgericht ouderenbeleid in detentie moet daarom vertrekken vanuit een evenwicht tussen veiligheid, zorg, menselijke waardigheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid.

I. INLEIDING

A. CONTEXT

Terwijl de demografische **vergrijzing**¹ zich voortzet, is er ook in de **gevangnissen** sprake van een **toenemend aantal oudere gedetineerden**. Deze evolutie wordt onder andere het gevolg van de langere strafduur, waardoor gedetineerden steeds vaker ouder worden in detentie², en doordat meer dan de helft van de gedetineerden ervoor kiest om hun volledige strafeinde uit te zitten.³ Daarnaast komen ook personen op latere leeftijd, al dan niet voor de eerste keer, in de gevangenis terecht.⁴

In januari 2019 verbleven er 550 zestigplussers in de Belgische gevangnissen. Dit aantal steeg naar 719 zestigplussers tegen 1 juni 2026. Dit komt overeen met een procentuele stijging van bijna 31%.

Bovendien dient er toekomstgericht rekening te worden gehouden met een aanzienlijke stijging van deze groep, aangezien er momenteel ongeveer 1 324 gedetineerden ouder dan 55 jaar in de Belgische gevangnissen verblijven. Daarnaast tellen we ook nog 2 294 gedetineerden in de leeftijdscategorie 45 tot 54 jaar.

TABEL 1: OUDERE GEDETINEERDEN VOLGENS LEEFTIJDKlassen OP 1 JUNI 2026 IN DE BELGISCHE GEVANGENISSEN (BRON: FOD JUSTITIE)

Leeftijdsklassen	Aantal
55-59 jaar	605
60-64 jaar	338
65-69 jaar	237
70-74 jaar	90
75+ jaar	54
TOTAAL	1 324

We kijken bewust naar de leeftijdscategorieën vanaf 55 jaar. De literatuur toont namelijk aan dat er sprake is van **“early aging”** of **“accelerated ageing”** binnen de gevangenispopulatie. Dit begrip verwijst naar een versneld biologisch verouderingsproces dat ontstaat door allerlei negatieve gebeurtenissen die in de levensloop van gedetineerden vaak worden waargenomen, bijvoorbeeld alcoholverslaving, drugsmisbruik, slechte voeding, kwetsuren door geweld en dergelijke meer. Ook het verblijf in detentie kan deze factoren bestendigen.⁵ Onderzoek toont aan dat oudere mannelijke gedetineerden een aanzienlijk slechtere gezondheid en lagere levenskwaliteit

¹ Statbel. *Bevolkingsvooruitzichten*, 2026. Raadpleegbaar via: [Bevolkingsvooruitzichten | Statbel](#).

² Humblet, D., & Decorte, T. (2013). *Detentiebeleving door oudere gevangenen in België: een exploratief onderzoek*. Panopticon 34(4).

³ De crisis ten gevolge van de overbevolking in de gevangnissen. Hoorzittingen. KAMER, 2024-2025, 15 april 2025, nr.56-0848/001, p.9.

⁴ Ibid, voetnoot 2.

⁵ Denktank ouderen in detentie, *Witboek. Naar een holistische aanpak van de vergrijzing in onze gevangnissen*, 2010. Raadpleegbaar via: [Witboek Denktank_final\(1\).pdf](#)

rapporteren dan de algemene bevolking, wat hun kwetsbaarheid onderstreept.⁶ Men spreekt dus sneller van “een oudere persoon” in de gevangenis dan in de vrije samenleving.

Als in de komende jaren het aantal oudere gedetineerden toeneemt, zoals de verwachting is, zal de situatie zonder passende maatregelen onhoudbaar worden. Er is nood aan een **geïntegreerd beleid** met betrekking tot ouderen in detentie. En enkele fundamentele vragen kunnen niet langer zonder antwoord blijven: hoe willen we als samenleving omgaan met oudere gedetineerden? Is de gevangenis nog steeds de meest aangewezen plaats voor deze personen? En zo ja, in welke vorm en onder welke omstandigheden?

Om die redenen besloot de Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (hierna: **CTRG**) twee toezichtbezoeken te brengen aan de ouderenafdelingen van de gevangenissen van **Merksplas** en **Saint-Hubert**. Op basis van deze bezoeken formuleert de CTRG in dit rapport enkele **aanbevelingen** aan beleidsmakers voor de ontwikkeling van een **integraal beleid inzake de detentie van oudere personen**.

Het ontwerpverslag werd op 25 augustus 2026 aan het directoraat-generaal Penitentiaire inrichtingen, de regionale directie en de inrichtingshoofden van de bezochte penitentiaire inrichtingen om hun opmerkingen bij dit verslag te vernemen. Op 1 september 2026 liet het directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen weten dat het, gelet op de aanhoudende overbevolking, een geplande stakingsactie van het gevangenispersoneel en de lopende verlofperiodes, niet mogelijk was om binnen de vooropgestelde termijn een reactie op het ontwerpverslag te formuleren.

De CTRG heeft begrip voor deze omstandigheden en hecht veel belang aan een open en constructieve dialoog met de betrokken autoriteiten. De CTRG blijft bereid om eventuele opmerkingen, vaststellingen of aandachtspunten in overleg te bespreken. De CTRG beschouwt dit verslag als een middel om de dialoog over de bevindingen en aanbevelingen verder te faciliteren.

B. DE BEZOCHTE OUDERENAFDELINGEN

In de praktijk kennen de Belgische gevangenissen twee detentievormen voor oudere gedetineerden: de **integratie** van oudere gedetineerden in een reguliere detentiecontext of afdeling en de **segregatie** van oudere gedetineerden in specifieke afdelingen of inrichtingen.

De gevangenissen van Merksplas en Saint-Hubert hebben beide een gesegregeerde ouderenafdeling. Deze gesegregeerde afdelingen zijn ontstaan uit noodzaak of door improvisatie, eerder dan uit een doordacht overkoepelend beleid.

Tijdens de bezoeken voerden de delegatieleden van de CTRG gesprekken met 41 personen verblijvend of werkzaam op deze afdelingen.⁷ De delegatie kon rekenen op een uitstekende medewerking van alle van alle directie- en personeelsleden.

⁶ Combalbert, N., Pennequin, V., Ferrand, C., Armand, M. Anselme, M. & Geffray, B., “Cognitive impairment, self-perceived health and quality for life of older prisoners”, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2018, (28) 36-49.

⁷ De gesprekken vonden plaats op vrijwillige basis. De gesprekspartners werden niet geselecteerd op basis van leeftijd en enkel op basis van verblijf op de respectievelijke afdelingen.

Interviews Merksplas



Interviews Saint-Hubert



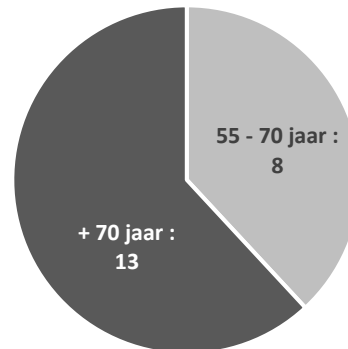
1. Zaal 1 in Merksplas



COVID-19 vormde de katalysator voor de oprichting van de ouderenafdeling in **Merksplas**. Vanuit de noodzaak om een bijzonder kwetsbare groep – oudere gedetineerden – te beschermen tegen besmetting, werd er tijdens de pandemie voor gekozen hen af te zonderen van de overige gevangenispopulatie in de zogenaamde “zaal 1”. Wat aanvankelijk een tijdelijke oplossing leek, groeide uit tot een blijvende afdeling voor ouderen met een bijzondere zorgnood. Zaal 1 bevindt zich op het gelijkvloers van een gebouw waar ook nog andere afdelingen zijn gevestigd en heeft een capaciteit voor 22 gedetineerden, waarvan 18 plaatsen op de gemeenschappelijke slaapzaal en 4 individuele cellen.

In hetzelfde gebouw bevindt zich ook de verpleegpost en het lokaal voor alle verpleegkundigen actief binnen de gevangenis **Merksplas**. Hierdoor kunnen de verpleegkundigen snel ter plaatse komen in geval van medische problemen of noodsituaties.

Leeftijd van de 21 gedetineerden in zaal 1

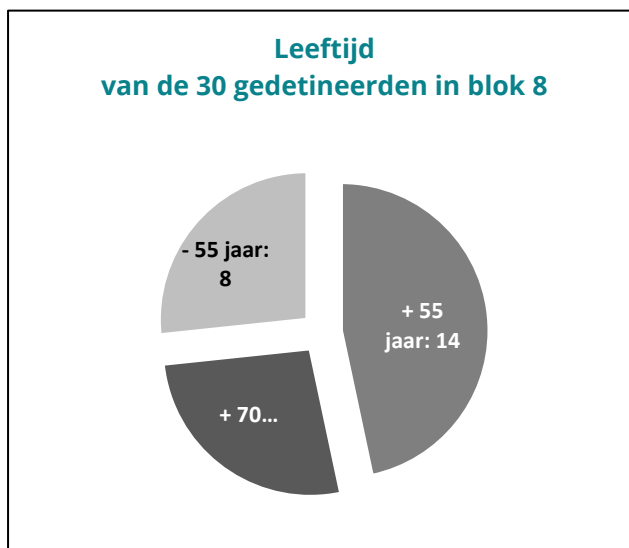


2. Blok 8 in Saint-Hubert



De penitentiële inrichting van **Saint-Hubert** bestaat uit verschillende paviljoenen of "blokken". Blok 8 is bestemd voor de opvang van oudere gedetineerden die nog in belangrijke mate zelfstandig zijn. Daarnaast plaatst de directie er soms ook

jongere gedetineerden die nood hebben aan een meer beschermde omgeving, bijvoorbeeld personen met een mentale beperking.



Blok 8 beschikt over 2 vierpersoonscellen, 2 triocellen en 16 individuele cellen. Daarnaast werd de voormalige isolatiecel omgebouwd tot een cel die is voorbehouden voor de *'fatik'*⁸.

De medische dienst is eveneens in blok 8 ondergebracht. Hoewel deze dienst toegankelijk is voor de volledige gevangenispopulatie, biedt de ligging een belangrijk voordeel voor de gedetineerden van blok 8: personen met beperkte mobiliteit kunnen de medische dienst makkelijker bereiken en in geval van een medische noodsituatie kan sneller worden ingegrepen.

3. De uiteenlopende realiteiten van beide afdelingen

In de twee bezochte ouderenafdelingen stelden we **sterk uiteenlopende realiteiten** vast. Terwijl de gedetineerden in blok 8 van **Saint-Hubert** vandaag nog **grotendeels autonoom** functioneren, is de situatie in zaal 1 van **Merksplas** fundamenteel anders. Daar heeft de overgrote meerderheid van de gedetineerden een **zeer hoge zorgnood** en ondersteuning nodig voor alledaagse activiteiten, zoals de verplaatsing tussen de slaapzaal en de eetzaal, de persoonlijke verzorging, etc.

In dat opzicht kan zaal 1 van **Merksplas** worden beschouwd als een voorafspiegeling van de situatie waarmee blok 8 van **Saint-Hubert** binnen enkele jaren geconfronteerd zal worden indien een geïntegreerd beleid voor oudere en zorgbehoevende gedetineerden uitblijft.

⁸ De CTRG beveelt aan om voortaan af te zien van het gebruik van de verouderde en negatieve term "fatik" voor personen die in de gevangenis huishoudelijke taken en onderhoudswerkzaamheden verrichten.

“

Dit werd geïllustreerd door het verhaal van een 72-jarige gedetineerde uit blok 8. De persoon in kwestie verblijft reeds meerdere jaren in blok 8 waarin zijn gezondheid geleidelijk aan achteruitging. Hij vermagerde sterk - naar verklaringen tot wel 20 kilogram - en zijn mobiliteit en spraakvermogen zijn er aanzienlijk op achteruit gegaan. Hoewel hij medicamenteus wordt behandeld, is hij voor dagelijkse ondersteuning aangewezen op zijn medegedetineerden en celgenoten. Het merendeel van de dagen brengt hij al slapend door; hij verlaat enkel zijn cel voor de medicatiebedeling.

”

Deze situatie illustreert de toenemende zorgnoden binnen de gevangenispopulatie en roept vragen op over de mate waarin de penitentiaire inrichtingen structureel zijn uitgerust om langdurige en complexere zorgbehoeften op te vangen.

Meer algemeen illustreren de profielen van de gedetineerden die verblijven in zaal 1 ook de uitdagingen die het gevangeniswezen de komende jaren te wachten staat naarmate de grote groep van meer dan 2000 gedetineerden die zich momenteel in de leeftijdscategorie net onder de 55 jaar bevinden, verder veroudert en hun zorgnood toeneemt.

II. MENSWAARDIG OUDER WORDEN

Menswaardig ouder worden omvat verschillende dimensies, waaronder aangepaste infrastructuur en zorg, evenals het behoud van autonomie en participatie. Detentie heeft een ingrijpende impact op elk van deze aspecten.

A. INFRASTRUCTUUR ALS BEPALENDE FACTOR

De delegatie betreurde vast te stellen dat de **infrastructuur van zaal 1 in Merksplas het menswaardig ouder worden en de zorgverlening aanzienlijk bemoeilijkt**. In tegenstelling tot de gedetineerden van blok 8 in **Saint-Hubert**, verblijft het merendeel van de gedetineerden van zaal 1 in **Merksplas** in een **gemeenschappelijke slaapzaal**. De infrastructuur van deze slaapzaal is onvoldoende afgestemd op de noden van oudere gedetineerden. Zo vindt de verzorging van gedetineerden die niet langer zelfstandig voor zichzelf kunnen zorgen – zoals wassen, verschonen en andere dagelijkse zorgtaken – plaats in aanwezigheid van medegedetineerden. De bedden zijn namelijk niet gescheiden van elkaar door gordijnen. Hoewel de verpleegkundigen inspanningen leveren om de privacy van de gedetineerden zo goed mogelijk te waarborgen, bijvoorbeeld door omliggende bedden tijdelijk vrij te houden tijdens de verzorging, kunnen zij de structurele beperkingen van de infrastructuur niet wegnemen. Daarnaast belemmert de beperkte ruimte tussen de bedden een adequate zorgverlening. Volgens de verpleegkundigen maakt deze indeling het gebruik van bepaalde hulpmiddelen, zoals bedliften, moeilijk of zelfs onmogelijk. Ook de gevangenisarts wees erop dat de infrastructuur de medische verzorging beperkt. Zo is het plaatsen van een blaassonde bij bedlegerige gedetineerden niet aangewezen, aangezien zaal 1, hoewel vrij hygiënisch, geen steriele omgeving is. De huidige infrastructuur leidt ertoe dat de oudere gedetineerden niet steeds de zorg kunnen ontvangen die aansluit bij hun noden en creëert omstandigheden die moeilijk verenigbaar zijn met een menswaardige oude dag.⁹

De infrastructuur van zaal 1 doet ook vragen rijzen met betrekking tot de **veiligheid en de geschiktheid** van het verblijf.¹⁰ Zo kunnen personen met cognitieve aandoeningen, zoals dementie, gedragingen stellen die voortvloeien uit hun ziektebeeld en daarmee hun eigen veiligheid of die van de medegedetineerden in het gedrang brengen. De directie en het medisch personeel trachten de beperkte individuele cellen toe te wijzen aan personen met dergelijke kwetsbaarheden, maar in de praktijk blijkt dit niet altijd mogelijk door een tekort aan individuele cellen. Bovendien is het, op basis van soms onvolledige medische dossiers, niet steeds mogelijk om de zorg- en veiligheidsrisico's van nieuwe gedetineerden adequaat te beoordelen. De delegatie is dan ook van oordeel dat de huidige infrastructuur onvoldoende aansluit bij de zorg- en veiligheidsprofielen van de oudere gedetineerden in zaal 1. De geplande renovatie van de slaapzaal naar een afdeling met individuele cellen is een urgente noodzaak om een veilige, waardige en zorggerichte werking duurzaam mogelijk te maken.

⁹ Zie in dat opzicht ook CPT, *11th general report*, 2001, [CPT/Inf\(2001\)16](#), par 29: "There is little to be said in favour of - and a lot to be said against - arrangements under which tens of prisoners live and sleep together in the same dormitory. Large-capacity dormitories inevitably imply a lack of privacy for prisoners in their everyday lives. Moreover, the risk of intimidation and violence is high." & CPT, Living space per prisoner in prison establishments: CPT standards, [CPT/Inf\(2015\)44](#), par 7. "The CPT has consequently long advocated a move away from large-capacity dormitories towards smaller living units".

¹⁰ *Ibid* voetnoot 9.

Daarnaast kampt een groot deel van de gedetineerden van zaal 1 met **mobilitaatsproblemen** en verplaatst zich met een rollator of rolstoel. Er was ook één gedetineerde persoon die elke mobiliteit had verloren door verlamming en heel zijn dagen in bed doorbracht. De reeds beperkte mobiliteit van de gedetineerden wordt verder beknot door de infrastructuur van de gevangenis. Zo beschikt de afdeling niet over een lift. Daardoor kunnen verschillende gedetineerden van zaal 1 geen gebruik maken van bepaalde voorzieningen in de gevangenis, zoals de kinesitherapeut, die zich op een hoger gelegen verdieping bevindt. Ook de bibliotheek is voor gedetineerden niet toegankelijk. Deze bevindt zich



namelijk aan de andere kant van de inrichting, op een aanzienlijke afstand van zaal 1 (enkele honderden meters) met enkele tussenliggende trappen. Zelfs gedetineerden die zich nog zonder hulpmiddelen kunnen verplaatsen, zijn niet altijd in staat deze afstand zelfstandig af te leggen. De bibliotheek komt daarom 1 keer per maand langs op zaal 1. Ook de sanitaire voorzieningen zijn onaangepast aan de noden van de populatie: in zowel **Merksplas** als **Saint-Hubert** vormen de douches een valrisico voor gedetineerden met beperkte mobiliteit, aangezien zij een hoge opstap hebben.



In het algemeen is het gebouw van blok 8 in **Saint-Hubert** weliswaar beter aangepast aan de noden van oudere gedetineerden: een groot deel van de gedetineerden verblijft op een individuele cel, en een aantal verblijven op een trio- of quatuorcel. Bovendien is het gebouw op het gelijkvloers, bevat het geen trappen en beschikt het over een aangepaste toegangsdeur voor rolstoelgebruikers. Desalniettemin wezen verschillende gedetineerden op de slechte staat van de paden tussen de blokken, waardoor verplaatsingen met een rolstoel naar de administratieve diensten moeilijk verlopen. Bovendien zouden, behoudens de aangepaste toegangsdeur, de overige deuren te smal zijn voor rolstoelgebruikers.



Daarnaast blijkt niet alleen de infrastructuur, maar ook het **gebrek aan begeleiding** een belangrijke hinderpaal voor de mobiliteit van oudere gedetineerden. Door de beperkte personeelsbezetting is er onvoldoende capaciteit om gedetineerden met een beperkte mobiliteit te begeleiden naar activiteiten, wandelingen of andere voorzieningen binnen de inrichting.

Dit voorbeeld toont aan dat een klassieke gevangenisomgeving, ontworpen vanuit veiligheidsoverwegingen, voor oudere gedetineerden vaker disproportionele fysieke belemmeringen creëert zonder dat daar een proportionele veiligheidsmeerwaarde tegenover staat.

“

Illustratief is het verhaal van een bewoner van zaal 1 van bijna negentig jaar oud. Toen hij nieuwe kledij nodig had, bleek zelfs een bezoek aan het sociaal winkeltje ‘De Kapstok’ van de gevangenis geen evidentie. Omdat hij zich niet langer zelfstandig kon verplaatsen en niemand beschikbaar was om hem te begeleiden, moest hij meer dan een maand wachten voordat hij nieuwe kledij kon verkrijgen.

”

Voor deze doelgroep vergen verplaatsingen immers meer tijd en ondersteuning, waardoor de toegankelijkheid van basisvoorzieningen in de praktijk onvoldoende gewaarborgd is. Dergelijke situaties zorgen ervoor dat ouderen hun detentie als zwaarder ervaren en te maken krijgen met wat in de literatuur wordt genoemd *“the added pains of imprisonment”*.¹¹

Aanbevelingen aan de minister van Justitie in samenwerking met de Regie der Gebouwen:

Zorg ervoor dat de infrastructuur van afdelingen die bestemd zijn voor oudere gedetineerden wordt aangepast aan hun specifieke noden, in het bijzonder op het vlak van mobiliteit en toegankelijkheid, alsook privacy.

Zie af van het gebruik van gemeenschappelijke slaapzalen die ongeschikt zijn om tegemoet te komen aan de noden en waardigheid van oudere gedetineerden. Ook vanuit veiligheidsoogpunt zijn deze ongeschikt. Deze moeten plaats maken voor aparte individuele cellen.

¹¹ Humblet, D., *The Older Prisoner. Palgrave Studies in Prison and Penology*, Palgrave MacMillan, 2021.
DOI: 10.1007/978-3-030-60120-1.

B. MENSWAARDIG OUDER WORDEN IS (MEER DAN) ZORG

1. Zorg

De basiswet¹² schrijft voor dat de gezondheidszorg in de gevangenis het lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn van de gedetineerde bevordert, behoudt of herstelt (art. 87 basiswet). Daarnaast waarborgt de wet het gelijkwaardigheidsprincipe, dat impliceert dat gedetineerden recht hebben op een gezondheidszorg die gelijkwaardig is met die in de vrije samenleving (art. 88 basiswet).

Medische dienstverlening en permanentie

Tijdens onze bezoeken stelden we vast dat het zorgniveau in zaal 1 en blok 8 aanzienlijk verschilt, maar dat de **personeelskaders** in beide inrichtingen **ontoereikend zijn om tegemoet te komen aan de specifieke zorgnoden van deze doelgroep**.

De gezondheidszorg in **Merksplas** is algemeen genomen uitgebreider dan in **Saint-Hubert**. Daarbij moet weliswaar worden benadrukt dat de zorgnoden en de zorgwaarde van de gedetineerden verblijvend in zaal 1 aanzienlijk groter zijn dan die van de gedetineerden verblijvend in blok 8. Volgens de aan zaal 1 verbonden arts kampen deze gedetineerden doorgaans met ernstigere en complexere gezondheidsproblemen dan de gemiddelde bewoner van een woonzorgcentrum.

Op **zaal 1 in Merksplas** ontvangen de gedetineerden dagelijks verpleegkundige zorg tussen 7u en 10u30. Tijdens de ochtenddienst zijn drie verpleegkundigen aanwezig voor de volledige inrichting, in de namiddag twee. Eén verpleegkundige is steeds specifiek aan zaal 1 toegewezen en houdt er regelmatig toezichtrondes. Omdat de verpleegpost zich in hetzelfde gebouw als zaal 1 bevindt, kan bij medische urgenties snel worden ingegrepen. Tijdens de ochtendverpleging noteren de verpleegkundigen welke oudere gedetineerden door de arts moeten worden gezien. De aan zaal 1 verbonden arts is vijf dagen per week aanwezig en ziet na de verzorgingsronde de gedetineerden met medische klachten. Hoewel er in **Merksplas** permanente verpleegkundige aanwezigheid is, blijft de nachtelijke personeelsbezetting ontoereikend. Tijdens de nacht is er slechts één verpleegkundige voor de volledige inrichting, waar ongeveer 420 gedetineerden verblijven, waaronder ouderen en geïnterneerden.

Over het algemeen lijkt het verpleegkundig personeelskader dan ook onvoldoende aangepast aan de omvang en de specifieke zorgnoden van de gedetineerden verblijvend in zaal 1. Deze vaststelling weegt des te zwaarder omdat zaal 1 in het verleden kon rekenen op twee bijkomende verpleegkundigen en omdat het voorziene verpleegkundig kader van 11 VTE momenteel niet volledig is ingevuld: slechts 9,75 VTE zijn effectief in dienst voor de hele inrichting. Om de personeelstekorten op te vangen en om bijkomende zorg te bieden, doet de inrichting in beperkte mate beroep op zelfstandige verpleegkundigen.

¹² Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden van 12 januari 2005, BS 1 februari 2025. Hierna "basiswet" genoemd.

Medische aanwezigheid

Merksplas



9,75 VTE verpleegkundigen
voor de hele inrichting (420 ged.)
Arts 5 dagen per week voor zaal 1



24h/24
7d/7



1 verpleegkundige voor
420 gedetineerden

Saint-Hubert



3 VTE verpleegkundigen
voor de hele inrichting (220 ged.)
Arts 3 halven dagen per week



Ma. > vr. 7u30 - 15u30
Zat. > Zon. 8u-12u



geen nachtdienst

In **Saint-Hubert** bestaat het verpleegkundig personeelskader voor de volledige inrichting, inclusief blok 8, uit slechts 3 VTE. Ook dit wordt als ontoereikend ervaren. Op weekdays zijn doorgaans twee verpleegkundigen aanwezig voor de hele inrichting, van 7.30 uur tot 15.30 uur. In het weekend is de verpleegkundige aanwezigheid beperkt tot de medicatiebedeling, van 8 uur tot 12 uur. Gedetineerden halen hun medicatie in principe af aan de verpleegpost, die zich in blok 8 bevindt. Uit de gesprekken blijkt dat er vroeger in een ploegensysteem werd gewerkt, waardoor in het meest gunstige geval medische permanentie was verzekerd tot 21 uur. De delegatie kon de redenen voor deze verandering niet achterhalen. Wel staat vast dat de huidige organisatie de beschikbaarheid van verpleegkundige zorg en zorgcontinuïteit doorheen de dag beperkt.

In tegenstelling tot in **Merksplas**, voeren verpleegkundigen in **Saint-Hubert** geen systematische rondes uit in blok 8. Gedetineerden moeten zelf een rapportbriefje indienen om een afspraak te krijgen bij de verpleegkundige of de arts. Verzoeken tot consultatie bij de gevangenisarts worden niet vooraf getrieerd door de verpleegkundigen: elke aanvraag leidt tot een afspraak. De twee gevangenisartsen zijn in totaal drie halve dagen per week aanwezig voor de hele inrichting. In het licht van de bestaande zorgnoden van de gedetineerden van blok 8 en een totale gevangenispopulatie van ongeveer 220 gedetineerde personen is dit beperkt.

Buiten de aanwezigheid van de artsen of verpleegkundigen worden medische urgenties opgevolgd via telefonisch overleg met de gevangenisarts van wacht, die indien mogelijk ter plaatse komt, of via de noodcentrale 112. De delegatie vernam dat de lokale huisartsenwachtdienst niet langer naar de gevangenis komt voor dringende interventies.

Het gebrek aan medische permanentie legt een aanzienlijke verantwoordelijkheid bij de penitentiaire beambten. In bepaalde situaties dienen zij zelf een inschatting te maken van de ernst van de medische problematiek en de noodzaak van verdere interventie, terwijl zij daarvoor niet (medisch) zijn opgeleid. Daarbij komt kijken dat de vaste telefoons van de ziekenboeg en in het kantoor van de beambten al enkele maanden niet meer werken, waardoor medische hulp bij noodgevallen vertraging kan oplopen. Die situatie wordt nog verder bemoeilijkt doordat de noodknoppen in de cellen werden uitgeschakeld wegens overmatig of oneigenlijk gebruik. Hoewel de meeste gedetineerden aangeven zich over het algemeen veilig te voelen in blok 8, zorgen deze technische problemen en de beperkte bezetting van het medisch personeel voor een gevoel van onveiligheid op medisch vlak, zowel bij de gedetineerden als het personeel.

Positief is wel dat gedetineerden op afspraak terecht kunnen bij een kinesitherapeut, die frequent aanwezig is op de medische dienst en daardoor doorgaans snel een behandeling kan opstarten.

Wegens het gebrek aan medische permanentie, is blok 8 niet uitgerust om personen met zware of complexe zorgnoden op te vangen. Daarom trachten de directie en de medische dienst bij voorgestelde overplaatsingen tegenindicaties te formuleren wanneer de zorgbehoeften de aanwezige mogelijkheden overstijgen. Dit verklaart waarom de ouderen in blok 8 van **Saint-Hubert** over het algemeen nog veel autonomer zijn dan de personen in zaal 1 van **Merksplas**. Echter, de praktijk toont aan dat dergelijke overplaatsingen niet altijd kunnen worden vermeden. Zo werden in het verleden al personen opgenomen die meermaals per week naar het ziekenhuis moesten voor dialysebehandelingen. Dit roept vragen op over de opvangmogelijkheden voor de meest zorgafhankelijke gedetineerden die toch soms in blok 8 worden geplaatst, zoals personen met ernstige dementie, zware fysieke beperkingen of een blijvende nood aan intensieve dagelijkse zorg.

Bovendien vernam de delegatie dat overbrengingen naar externe of gespecialiseerde zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, in zowel **Merksplas** als **Saint-Hubert** vaak niet kunnen plaatsvinden, waardoor de continuïteit van de zorg in het gedrang komt. Medische consultaties of behandelingen moeten daardoor soms worden uitgesteld. In sommige gevallen worden afspraken zelfs pas na de invrijheidstelling gepland, zodat de betrokkene zich nadien op eigen initiatief bij de zorginstelling kan aanmelden. Dergelijke organisatorische beperkingen kunnen de tijdige toegang tot gespecialiseerde zorg in het gedrang brengen en zijn bijzonder problematisch voor oudere gedetineerden met complexe medische noden.

Nood aan holistische zorgverlening

Tot slot zou de zorgverlening door de medische diensten ook moeten worden aangevuld met andere vormen van (preventieve) zorg, vertrekkende van een **meer holistische benadering** van ouderenzorg in detentie. Een belangrijk knelpunt hierbij is het **ontbreken van een officiële status als zorgafdeling**. Hierdoor beschikken de ouderenafdelingen niet over een pluridisciplinair samengestelde zorgequipe¹³, waaronder een eigen kinesitherapeut, psychiater of activiteitenbegeleider. Daarnaast zou ook een geriatrie arts of geriatrie zorgverlening moeten worden voorzien, waardoor de nadruk niet enkel ligt op de behandeling van een ziektebeeld, maar ook op het behoud en herstel van de autonomie en de levenskwaliteit van de oudere gedetineerden. Nochtans is de nood duidelijk aanwezig. In **Merksplas** raken minder mobiele gedetineerden soms niet tot bij de kinesist van de gevangenis omdat het kabinet zich op een verdieping bevindt, waardoor zij in de praktijk verstoken blijven van kinesitherapie. In **Saint-Hubert** geven zowel gedetineerden als personeel aan dat er een sterke behoefte is aan psychologische ondersteuning. Bovendien kunnen personen met een gerechtelijke therapieverplichting vaak pas starten met behandeling zodra zij uitgaansvergunningen krijgen, wat hun re-integratie vertraagt.

¹³ Zoals omschreven in de ministeriële omzendbrief nr. 1800 van 7 juni 2007 inzake zorgequipes in psychiatrische afdelingen van de gevangenissen, in afdelingen en inrichtingen tot de bescherming van de maatschappij.

Aanbevelingen aan de minister van Justitie en DG EPI:

Erken de ouderenafdelingen als volwaardige zorgafdelingen, uitgerust met een multidisciplinaire zorgequipe.

Voorzie hierbij ook in de versterking van de personeelsnorm op deze afdelingen, zodat ook voldoende kwalitatief personeel aanwezig is.

Zorgondersteuning door de fatik

Momenteel worden een deel van de zorg- en ondersteuningsnoden in beide ouderenafdelingen in belangrijke mate aangevuld door de inzet van de **fatik**.

De **fatik** van **zaal 1 in Merksplas** vervult een cruciale rol: hij helpt medege-detineerden zich te verplaatsen, ondersteunt bij de verzorging wanneer dat nodig is en staat in voor het onderhoud van de slaap- en eetzaal. Hij schatte zelf in elke dag zo'n 12 uur te werken op de afdeling. Hij ontvangt hiervoor een vergoeding van ongeveer 270 tot 290 euro per maand (ongeveer 10 euro per dag).

In **blok 8 van Saint-Hubert** bestaat een informele regeling waarbij een **fatik**, in een cel naast de ziekenboeg, toezicht houdt op medege-detineerden na medische ingrepen of crisissituaties (bv. risico op suïcide). Hij beschikt over een oud EHBO-brevet, maar gaf zelf aan nood te hebben aan bijscholing.

Het engagement van beide personen is bewonderenswaardig. Het werk van de **fatik** van zaal 1 in **Merksplas** is onmisbaar voor het dagelijkse functioneren van de afdeling, en de **fatik** in **Saint-Hubert** neemt een grote verantwoordelijkheid op om het gebrek aan medische permanentie enigszins op te vangen. Het is echter **problematisch dat de werking van een afdeling binnen een gevangenis in zo sterke mate afhankelijk is van een persoon die niet structureel verankerd is binnen de inrichting**. Bovendien is er **geen** enkele vorm van **opleiding** voorzien voor de **fatiks**. Dit terwijl de aard van hun werk overeenstemt met dat van een zorgkundige in de vrije samenleving. In dat opzicht verdient de bijdrage van de **fatiks** ook meer **valorisatie**, bijvoorbeeld via een certificaat dat **de verworven competenties van de betrokkene** erkent en zo zijn kansen op de arbeidsmarkt na detentie versterkt.

Aanbeveling aan DG EPI:

Erken en valoriseer de zorgtaken van de **fatik** via adequate verloning en de mogelijkheid tot het verkrijgen van een officieel certificaat als zorgkundige (een knelpuntberoep), in samenspraak met de openbare diensten voor arbeidsbemiddeling. Dit versterkt de kansen op re-integratie na detentie.

2. Verder dan zorg

Daarnaast beperkt menswaardig ouder worden zich niet tot medische of verpleegkundige zorg. **Ook een zinvolle dagbesteding, sociaal contact, beweging, activiteiten, toegang tot de buitenlucht, etc. zijn essentiële voorwaarden voor een kwaliteitsvol leven en het behoud van individuele capaciteiten, ook in detentie.**

“

Op de vraag hoe gedetineerden hun dagen doorbrengen, luidde het antwoord meermaals: “wachten”. Die uitspraak vat treffend samen hoe leeg het dagelijkse leven voor velen aanvoelt.

”

In **zaal 1 in Merksplas** geldt voor de meeste gedetineerden een **open regime**. De gedetineerden die in de gemeenschappelijke slaapzaal verblijven, kunnen zich overdag vrij verplaatsen tussen de slaapzaal en de gemeenschappelijke leefruimte, waar gezelschapspellen beschikbaar zijn en gezamenlijk tv kan worden gekeken. Dagelijks is er om 14.30 uur een wandeling voorzien, al wordt daarvan buiten de zomermaanden weinig gebruikgemaakt. Om de twee à vier weken organiseert een vrijwilliger **activiteiten** die vergelijkbaar zijn met vrijetijdsactiviteiten in een woonzorgcentrum. De directie tracht om de activiteiten van andere afdelingen ook open te stellen en aantrekkelijk te maken voor de ouderen van zaal 1, maar zij blijven terughoudend om hieraan deel te nemen. De directie wil daarom werk maken van een specifiek activiteitenaanbod voor zaal 1, dat streeft naar het behoud van individuele capaciteiten en levenskwaliteit van oudere gedetineerden (cf. pagina 15 over het statuut als zorgafdeling). Ongeveer een derde van de oudere gedetineerden ontvangt nog geregeld bezoek. Een goede praktijk is dat, op voorschrift van de gevangenisarts, het bezoek kan doorgaan op zaal 1, bijvoorbeeld wanneer mobiliteitsproblemen de verplaatsing naar de bezoekszaal bemoeilijken. **Buiten deze momenten kenmerkt het leven op zaal 1 zich vooral door traagheid, wachten en sociaal isolement.**

Niet alle oudere gedetineerden op zaal 1 verblijven echter onder dit open regime. Een **viertal oudere gedetineerden verblijft onder een meer gesloten regime** en brengt, vanwege hun ziektebeeld, bijvoorbeeld dementie, overdag de tijd op cel door omdat zij bijkomend toezicht vereisen. Deze praktijk wordt door de directeur omschreven als een **therapeutische maatregel** op beslissing van de gevangenisarts. Hoewel dergelijke beslissingen vanuit therapeutisch oogpunt wenselijk of noodzakelijk kunnen zijn, houden zij een inperking in van de rechten van patiënt-gedetineerden.¹⁴ De basiswet biedt geen wettelijk kader voor deze therapeutische beslissingen, de bijhorende rechtswaARBorgen ontbreken. **Het huidige wettelijk kader houdt dan ook onvoldoende rekening met de complexe realiteit en de heterogeniteit van de doelgroep op zaal 1.**

Ook in **blok 8 in Saint-Hubert** geldt een **open regime**, waar gedetineerden tussen 7u en 20u zich vrij kunnen verplaatsen tussen het cellulaire gedeelte en de gemeenschappelijke ruimte, waar gezelschapspellen beschikbaar zijn en tafelfootbal gespeeld kan worden. Daarnaast kunnen zij tussen 8u15 en 11u45 en 14u30 en 17u vrij gebruik maken van de buitenruimte tussen de

¹⁴ Zie in dat opzicht: CTRG & Unia, *Geestelijke gezondheid in de gevangenis: Een uitweg uit de impasse! Syntheseverlag*, 2025. Raadpleegbaar via: [Syntheseverlag-Geestelijke-gezondheid-in-de-gevangenis-CTRG-Unia.pdf](#).

verschillende blokken, bijvoorbeeld om te gaan wandelen. Door het stigma dat blok 8 voornamelijk zedendelinquenten huisvest, blijven de meeste gedetineerden echter binnen of wandelen ze in groep in de directe omgeving van blok 8, uit angst voor pesterijen of geweld door gedetineerden van andere blokken.

Een goede praktijk in **Saint-Hubert** is de beschikbaarheid van **aangepast werk**, zoals deeltijdse tewerkstelling of een aangepast takenpakket. Hierdoor is ongeveer een derde van de gedetineerden in blok 8 tewerkgesteld als diender, in de wasserij of de vestiaire. Desondanks zijn zelfs deze aangepaste tewerkstellingsvormen voor bepaalde gedetineerden te belastend. Een aanbod aan zittende beroepen of stukwerk op cel, zoals bijvoorbeeld kleine verpakkingswerken, ontbreekt.

Het **activiteitenaanbod** is eveneens uitgebreider in **Saint-Hubert**. Gedetineerden van blok 8 kunnen deelnemen aan uiteenlopende activiteiten georganiseerd in de inrichting, zoals (aangepaste) yoga (op stoel), gezelschapspelen onder begeleiding van het Rode Kruis, vissen met gedetineerden van andere blokken, (aangepaste) boswandelingen onder begeleiding van de sportmonitor, de *'marche en pleine conscience'* onder begeleiding van de *service d'aide de détenus* (SAD), evenals culturele activiteiten zoals cinema, literatuur, muziek of theater. Enkele gedetineerden van blok 8 maken bovendien redactielid uit van de krant van de penitentiaire inrichting (*'HUBERT Mag'*). Hoewel het activiteitenaanbod evenwichtig is samengesteld, met een combinatie van specifieke activiteiten voor ouderen en meer algemene activiteiten gericht op de inclusie van deze doelgroep, blijft het aanbod eerder sporadisch. Een aangepast detentieregime, met een dagelijks aanbod aan zinvolle en stimulerende activiteiten op maat van de doelgroep, ontbreekt.

Bovendien blijkt uit de gesprekken dat de **meeste gedetineerden van blok 8 niet spontaan aan activiteiten deelnemen** en, net als in **Merksplas**, het grootste deel van de dag op cel of in bed doorbrengen.

Deze vaststelling toont aan dat een activiteitenaanbod op zich onvoldoende is om sociale en cognitieve achteruitgang bij deze doelgroep te voorkomen. **Naast zorgpersoneel is er eveneens nood aan medewerkers die instaan voor de dagelijkse niet-zorggerelateerde begeleiding en ondersteuning van kwetsbare ouderen:** personen die hen stimuleren om actief te blijven, sociale contacten bevorderen en signalen van cognitieve achteruitgang, zoals toenemende desoriëntatie bij personen met (beginnende) dementie, tijdig opmerken. De erkenning van de afdeling als zorgafdeling kan ook hieraan tegemoetkomen, aangezien dergelijke begeleiding en ondersteuning tot het reguliere takenpakket van een zorgequipe behoort.

Dergelijke ondersteuning is vandaag niet volledig afwezig, maar berust in grote mate op de persoonlijke inzet en betrokkenheid van individuele personeelsleden. De verpleegkundige die tussen het wassen door een praatje doet, een beambte die meedoet met een spelletje dammen... Ze is onvoldoende structureel verankerd. Bovendien is het beschikbare personeelskader ook te beperkt om deze dagelijkse begeleiding op zich te nemen.

In dat opzicht bieden de ideeën van de directieleden van **Merksplas** en **Saint-Hubert** van een specifiek detentiehuis voor ouderen of dat van een gesloten woonzorgcentrum stof tot nadenken. Een dergelijke omgeving biedt meer mogelijkheden om de detentie af te stemmen op specifieke noden; noden die verder gaan dan de loutere zorgnood. Ook het voorstel van de directie van **Merksplas** om een afdeling in te richten, waar zowel meer zorgbehoevende als meer autonome oudere gedetineerden verblijven, verdient aandacht. Een dergelijke samenstelling kan wederzijds versterkend werken. Meer autonome ouderen kunnen ondersteuning bieden aan

medegedetineerden met een grotere zorgnood, wat kan bijdragen aan hun gevoel van zingeving en verantwoordelijkheid. Tegelijk kan de aanwezigheid van meer actieve medegedetineerden de sociale interactie en cognitieve stimulatie van ouderen met een hogere zorgnood bevorderen.

Aanbeveling aan de minister van Justitie:

Voorzie gespecialiseerd personeel dat instaat voor de niet-zorggerelateerde ondersteuning en begeleiding van oudere gedetineerden.

Aanbevelingen aan DG EPI en de lokale directies:

Voorzie in een aangepast detentieregime, met een gedifferentieerd activiteitenaanbod. Hierbij moet zoveel als mogelijk worden ingezet op de inclusieve deelname aan het reguliere aanbod en, waar nodig, in een specifiek activiteitenaanbod. Dit aanbod dient bij te dragen aan het behoud van levenskwaliteit, een zinvolle dagbesteding en het stimuleren van fysieke, cognitieve vaardigheden en sociale participatie.

Voorzie tot slot in een tewerkstellingsaanbod op maat van oudere gedetineerden, met werkvormen die afgestemd zijn op hun mogelijkheden en beperkingen, zoals deeltijdse tewerkstelling of fysiek minder belastend werk.

C. PENSIOEN EN RE-INTEGRATIE

1. Re-integratie

De re-integratie van oudere gedetineerden verloopt vaak moeizaam. Hun hogere leeftijd, kwetsbare gezondheid en beperkte sociale ondersteuning maken de voorbereiding op een terugkeer naar de samenleving complex. Een effectieve voorbereiding op maatschappelijke terugkeer vormt volgens het EHRM nochtans een essentiële voorwaarde voor een menswaardige tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen.¹⁵

Vooreerst stellen er zich problemen bij het vinden van een **geschikte woon- of verblijfplaats**. Oudere gedetineerden kunnen minder vaak steunen op een sociaal netwerk of kunnen niet terugvallen op familieleden voor (tijdelijke) huisvesting. Daarnaast hebben zorgbehoevende oudere gedetineerden bij hun invrijheidstelling vaak nood aan bijkomende ondersteuning of gespecialiseerde zorg, terwijl hun toegang tot woonzorgcentra of andere zorgvoorzieningen in de praktijk vaak beperkt is. Recent kon één gedetineerde van **Saint-Hubert** doorstromen naar een woonzorgcentrum, maar dit blijft eerder de uitzondering dan de regel. Verschillende gesprekspartners wijzen op een beperkte opnamebereidheid ten aanzien van (ex)-gedetineerden.

Daarnaast komt de **voorbereiding op een voorwaardelijke invrijheidstelling doorgaans pas op gang wanneer de toelaatbaarheidsdatum van de voorwaardelijke invrijheidstelling in het vooruitzicht komt**. Dit probleem beperkt zich niet tot deze doelgroep, maar is een gekend algemeen probleem dat voortvloeit uit de structurele onderbezetting van de psychosociale diensten. Echter, voor deze doelgroep is het resultaat des te ingrijpender; deze periode is vaak te kort voor het vinden van een geschikte woon- of verblijfplaats en kan ertoe leiden dat ouderen gedetineerden ervoor kiezen om hun straf tot op het einde uit te zitten.

“

De delegatie vernam in dit verband het verhaal van een oudere (ex)-gedetineerde, die enkele dagen na zijn invrijheidstelling door een boswachter werd aangetroffen in een nabijgelegen natuurgebied. Bij gebrek aan een woon- of verblijfplaats had de man er een schuilplaats gebouwd. Hoewel de boswachter hierover contact opnam met de gevangenis, kon de inrichting na niet langer tussenkomen, aangezien de man zijn strafeinde had bereikt.

”

In een andere casus werd na een lange zoektocht een aangepaste verblijfplaats gevonden voor een oudere gedetineerde. De locatie van de verblijfplaats bleek echter onverenigbaar met de opgelegde voorwaarden van zijn invrijheidstelling. Hoewel geen nieuwe strafbare feiten werden gepleegd, leidde dit binnen korte tijd tot een herroeping van de voorwaardelijke invrijheidstelling en terugkeer naar detentie. Dit roept vragen op over het spanningsveld dat kan ontstaan tussen het beperkte aanbod van aangepaste zorg- en woonvoorzieningen enerzijds en de opgelegde voorwaarden verbonden aan een invrijheidstelling. Hoe is het bijvoorbeeld mogelijk contact met

¹⁵ Zie EHRM 9 mei 2023, nr. 37928/20, *Horion t. België*; EHRM (GK) 26 april 2016, nr. 10511/10, *Murray t. Nederland*, §102.

bepaalde personen zoals minderjarigen te vermijden wanneer er zich, gelet op de zorgnoden, een plaatsing in een woonzorgcentrum opdringt?

Er is dus **nood aan een meer aanklappende begeleiding van oudere gedetineerden en een samenwerking tussen het gevangeniswezen en de actoren binnen de ouderenzorg in de vrije samenleving**, zodat de re-integratie van oudere gedetineerden beter kan worden voorbereid en personen die bij strafeinde niet kunnen terugvallen op huisvesting, een sociaal netwerk of voldoende financiële middelen, kunnen worden opgevangen in aangepaste structuren. De delegatie is van oordeel dat op dit vlak een **outreachinge werking** een meerwaarde kan bieden, naar analogie van de werking van de mobiele equipes internering.¹⁶ Deze mobiele equipes kunnen een aanvulling vormen op de werking van de PSD en de brug tussen detentie en vrije samenleving slaan. Zo kunnen ze bijvoorbeeld deelnemen aan intakegesprekken met woonzorgcentra, om zo de opnamebereidheid te helpen faciliteren.

Aanbeveling aan de bevoegde ministers op federaal en deelstatelijk niveau:

Voer een interministerieel overleg met het oog op het uitwerken van een beleid rond de opvang van oudere en hulpbehoevende gedetineerden na hun vrijlating uit detentie.

Aanbeveling aan de minister van Justitie en de minister van Volksgezondheid:

Voorzie, naar het voorbeeld van mobiele teams internering, in de oprichting van "binnen-buiten"-zorgteams om de zoektocht naar geschikte opvangplaatsen te vergemakkelijken en een brug te slaan tussen de situatie vóór en na de vrijlating te verzekeren.

2. Pensioen

De **opschorting van het pensioen tijdens detentie** vormt een bijkomende drempel voor een menswaardige oude dag en een succesvolle re-integratie.

“

We hoorden het verhaal van een oudere man die binnenkort zou vrijkomen. Zijn vrijlating was gepland aan het begin van de maand, terwijl zijn eerste pensioenuitkering pas op het einde van die maand zou volgen. Hij zag niet hoe hij die tussenperiode financieel zou kunnen overbruggen.

”

Een andere getuigenis legt de paradox van de huidige regeling bloot. Na één jaar detentie wordt het pensioen opgeschort, terwijl oudere gedetineerden vaak wegens hun gezondheidstoestand niet meer in staat zijn om gevangenisarbeid uit te voeren. Zij vallen daardoor zonder enige inkomensbron. Voor wie bovendien op grond van een rechterlijke beslissing burgerlijke partijen moet vergoeden, ontstaat een situatie waarin het praktisch onmogelijk wordt om aan deze verplichting te voldoen en waarbij (bijkomende) financiële schulden ontstaan. Een geïnterviewde omschreef dit treffend als een "dubbele straf".

¹⁶ *Ibid* voetnoot 14, pp. 48-49.

Deze situatie roept vragen op over de logica achter de huidige regeling. Een pensioen is immers geen uitkering voor levensonderhoud, maar een recht dat voortvloeit uit eerder geleverde arbeidsprestaties. In die zin verschilt het fundamenteel van een leefloon.

Aanbeveling aan de bevoegde ministers op federaal niveau:

Herbekijk de automatische opschorting van pensioenen tijdens detentie. De huidige regeling lijkt gebaseerd op een onjuiste gelijkstelling met andere sociale uitkeringen en bemoeilijkt de re-integratie van een reeds bijzonder kwetsbare groep.

D. AUTONOMIE IN DE LAATSTE LEVENSFASE

1. Levenseinde

Het aantal oudere personen dat de laatste fase van hun leven in detentie doorbrengt, neemt toe. **"Sterven in detentie wordt hierdoor een nieuw aandachtspunt"**, zoals de directeur van Merksplas het verwoordde.

Het uitgangspunt van Justitie is dat niemand in de gevangenis mag overlijden. Wanneer een gedetineerde zijn levenseinde bewust wil plannen, bijvoorbeeld via **euthanasie**, gebeurt de uitvoering daarom **buiten de gevangenis**, via een voorlopige invrijheidstelling om medische redenen. Dit uitgangspunt botst echter met de wensen van sommige oudere gedetineerden. Sommigen geven expliciet aan hun laatste levensfase in de gevangenis te willen doorbrengen en daar ook te willen sterven. Het gaat vaak om personen van wie het sociale netwerk grotendeels is weggevallen en voor wie het gevangenispersoneel en de medische dienst de voornaamste bron van zorg, ondersteuning en menselijke nabijheid vormen. De gevangenis is voor hen de enige leefomgeving die zij de voorbije jaren hebben gekend. Toch dwingt het huidige standpunt hen te overlijden buiten de gevangenis, vaak in anonimiteit.

“

Zo verliep ook de recente euthanasie van een gedetineerde van zaal 1. Hoewel hij de wens had uitgesproken om zijn levenseinde binnen de gevangenis te beleven, werd hij kort voor de uitvoering overgebracht naar een externe zorginstelling. Pas na herhaald aandringen van de directeur en gevangenisarts van Merksplas, kreeg deze laatste toestemming om aanwezig te zijn bij het overlijden van zijn patiënt.

”

Tegelijkertijd is er een andere groep oudere gedetineerden die hun **levenseinde niet bewust plannen**, maar die wegens hun gezondheidstoestand of hoge leeftijd op natuurlijke wijze in detentie dreigen te overlijden. Sommigen van hen geven net uitdrukkelijk aan dat zij hun laatste levensfase niet in de gevangenis willen doorbrengen. Voor veroordeelden die zich in de terminale fase van een ongeneeslijke ziekte bevinden of van wie de detentie onverenigbaar is met hun gezondheidstoestand, bestaat in principe de mogelijkheid van een voorlopige invrijheidstelling om medische redenen. De praktijk leert evenwel dat deze strafuitvoeringsmodaliteit slechts uitzonderlijk wordt toegekend, omdat het in de praktijk vaak moeilijk is om aan de voorwaarden inzake huisvesting en andere modaliteiten te voldoen (zie *supra*, pagina 20, re-integratie).

Zo ontstaat een **paradoxe situatie**. Enerzijds zijn er gedetineerden die er bewust voor willen kiezen hun levenseinde in de gevangenis door te brengen, maar daartoe geen mogelijkheid krijgen. Anderzijds zijn er gedetineerden die hun laatste levensfase net buiten de gevangenis willen beleven, maar voor wie een voorlopige invrijheidstelling om medische redenen in de praktijk vaak buiten bereik blijft. **In beide gevallen worden de mogelijkheden van oudere gedetineerden om zelf de regie over het levenseinde te bepalen beperkt. Dit beperkt hun autonomie en waardigheid, twee fundamentele rechten die worden beschermd door de**

Wet patiëntenrechten¹⁷, en is moeilijk verenigbaar met het principe van gelijkwaardige gezondheidszorg¹⁸.

Aanbeveling aan DG EPI:

Ontwikkel een beleid rond levenseinde in detentie, waarbij de autonomie van de patiënt-gedetineerde en het recht om zelf de regie over het levenseinde te bepalen centraal staat. Het huidige standpunt dat niemand mag overlijden in de gevangenis, moet in dat opzicht heroverwogen worden.

2. Palliatieve zorg

Wat de **palliatieve zorg** in detentie betreft, ontbreekt het in België aan een structureel beleidskader dat deze zorg organiseert. Terminale gedetineerden zijn daardoor grotendeels afhankelijk van *ad hoc* oplossingen, zoals de toevallige aanwezigheid van een verpleegkundige die een opleiding palliatieve zorg heeft genoten – zoals het geval is in **Merksplas** bij één verpleegkundige –, of de voorlopige invrijheidsstelling om medische redenen. Zoals hierboven uiteengezet, wordt deze strafuitvoeringsmodaliteit in de praktijk echter slechts uitzonderlijk toegekend, waardoor gedetineerden met palliatieve zorgnoden vaak genoodzaakt zijn hun laatste levensfase in de gevangenis door te brengen.

Nochtans impliceert het gelijkwaardigheidsbeginsel (art. 88 basiswet) ook gelijkwaardige palliatieve zorg.¹⁹ Deze wordt omschreven in de wet betreffende palliatieve zorg. Deze wet omschrijft palliatieve zorg als multidisciplinaire totaalzorg op fysiek, psychisch, sociaal, moreel, existentieel en spiritueel vlak, en benadrukt dat deze zorg niet enkel gericht is op de patiënt zelf, maar ook op diens naasten.²⁰

Vanuit een mensenrechtelijk- en gezondheidszorgperspectief is het daarom aangewezen een nationaal beleidskader uit te werken dat de toegang tot kwalitatieve palliatieve zorg voor gedetineerden waarborgt. Een dergelijk kader moet enerzijds voorzien in **gespecialiseerde expertise en multidisciplinaire samenwerking binnen de gevangenis** en anderzijds reële mogelijkheden creëren voor **externe plaatsing** wanneer de zorgbehoefte de mogelijkheden van de gevangenis overstijgt.

In dat verband zou de erkenning van de **afdeling als zorgafdeling** (zie *supra*, pagina 15) een belangrijke eerste stap kunnen vormen. Een dergelijke kwalificatie gaat immers gepaard met de uitbouw van een multidisciplinair team dat, gelet op de specifieke kenmerken van deze doelgroep, ook expertise inzake palliatieve zorg kan integreren.

¹⁷ Gegarandeerd door art. 5. van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, *BS* 26 september 2002: "De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften". Onder gezondheidszorg verstaat deze wet: "diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden" (art. 2, 2°).

¹⁸ *Ibid* voetnoot 12, art. 88 basiswet.

¹⁹ De Boe, L., "Kwetsbaarheid en palliatieve zorg in detentie", *Panopticon*, iss. 3, 2026, (1) 1.

²⁰ Art. 2 van de wet van 21 juli 2016 tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg, *BS* 31 januari 2017.

Wat betreft de mogelijkheden tot externe plaatsing, verdient het Nederlandse model aandacht. In Nederland bestaan mogelijkheden om gedetineerden met complexe somatische zorgnoden over te plaatsen naar **externe, gespecialiseerde voorzieningen**, zoals het Justitieel Centrum voor Somatische Zorg (JCvSZ), of, wanneer de zorgvraag dit vereist, naar een extern ziekenhuis.²¹

Voor een aantal gedetineerden komt immers een moment waarop hun **zorgafhankelijkheid dermate groot wordt dat de gevangenis niet langer een geschikte omgeving** vormt. Dit geldt bijvoorbeeld voor personen die bedlegerig zijn, zich niet langer zelfstandig kunnen verplaatsen of lijden aan vergevorderde dementie – alle drie scenario's die zich voordoen bij de gedetineerden van zaal 1 in **Merksplas**. In dergelijke situaties **rijst de vraag vanaf welk moment een persoon niet langer in de eerste plaats als gedetineerde persoon moet worden benaderd vanuit de doelstellingen van strafuitvoering en re-integratie, maar als patiënt vanuit zijn nood aan aangepaste en continue zorg**. Die vraag raakt niet alleen aan de rechten en waardigheid van de betrokkene zelf, maar ook aan die van zijn naasten. Het netwerk wordt immers ook negatief getroffen door detentie.²² Een ouder bezoeken in een gevangenis verschilt bijvoorbeeld fundamenteel van een bezoek in een woonzorgcentrum of een andere zorgvoorziening. De detentiecontext kan het afscheid bemoeilijken, waardoor zowel de voorbereiding op het overlijden als het latere rouwproces gehinderd kunnen worden.

De ontwikkeling van een degelijk beleidskader, gestoeld op de bovengenoemde principes, is dan ook essentieel om te garanderen dat gedetineerden in hun laatste levensfase toegang hebben tot waardige, mensgerichte en kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg, conform het gelijkwaardigheidsbeginsel en de internationale standaarden inzake detentie en gezondheidszorg.

Aanbevelingen aan de minister van Justitie en de minister van Volksgezondheid:

Ontwikkel een duidelijk beleidskader voor situaties waarin de zorgbehoeften van oudere gedetineerden dermate groot of complex worden dat een benadering vanuit de strafdoelstellingen niet langer volstaat. Ontwikkel een duidelijk beleidskader voor situaties waarin uitvoering van de straf niet langer verenigbaar is met de zorgbehoeften van oudere of ernstig zieke gedetineerden.

Aanbeveling aan de bevoegde ministers op federaal en deelstatelijk niveau:

Voorzie in passende alternatieve zorgvoorzieningen die toegankelijk zijn voor oudere gedetineerden wanneer een gevangenis niet langer een passend zorgkader vormt.

²¹ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, *Palliatieve zorg in justitiële inrichtingen*, 2002. Raadpleegbaar via: [Rapport](#)

²² De Boe, L., "Kwetsbaarheid en palliatieve zorg in detentie", *Panopticon*, iss. 3, 2026, (1) 8.

III. CONCLUSIE

Er is nood aan een **geïntegreerd beleid rond ouderen in detentie** om het hoofd te bieden aan de toenemende ouderenpopulatie in de Belgische gevangenissen en de specifieke noden die daarmee gepaard gaan. Ouder worden heeft een impact op elk levensdomein, van complexe medische zorgen tot meer alledaagse aspecten, zoals aangepaste maaltijden.

“

Tekenend was de getuigenis van een oudere bewoner van blok 8 in Saint-Hubert. Hij vertelde dat er regelmatig sterk gekruide gerechten geserveerd worden, terwijl de meeste van zijn medegedetineerden met spijsverteringsproblemen kampen. Volgens hem is het eten onaangepast aan hun medische noden. Zelf is hij diabetespatiënt, maar hij krijgt hetzelfde menu als de anderen, met slechts één yoghurtje en een appel extra. Die appel kan hij door de slechte toestand van zijn gebit echter niet meer eten.

”

De huidige detentiecontext is onvoldoende afgestemd op de specifieke realiteit van ouder worden in de gevangenis. Dit wijst op een vorm van *institutional thoughtlessness*: de klassieke gevangenisomgeving, ontworpen vanuit een veiligheidslogica, creëert voor oudere gedetineerden vaker (onbedoelde) disproportionele belemmeringen zonder dat daar een veiligheidsmeerwaarde tegenover staat.

Door het toenemend aantal ouderen in detentie is de houdbaarheidsdatum van wat de directie van **Saint-Hubert** omschreef als «parkeeroplossingen» overschreden. De aanbevelingen die hierboven werden geformuleerd, kunnen een aanzet vormen voor de ontwikkeling van een dergelijk beleid.

In de eerste plaats is **aangepaste infrastructuur** noodzakelijk, die zowel rekening houdt met de **zorg- als met de veiligheidsnoden** van oudere gedetineerden. Gemeenschappelijke slaapzalen zijn vanuit het oogpunt van waardigheid, privacy én veiligheid niet geschikt voor deze doelgroep. Individuele cellen zouden daarom de norm moeten worden.

Daarnaast moet het **zorgaanbod** vertrekken vanuit een **holistische** benadering, waarin een **multidisciplinair zorgteam** centraal staat. Dit moet worden aangevuld met gespecialiseerd **personeel dat instaat voor de dagelijkse niet-zorggerelateerde begeleiding en ondersteuning** van oudere gedetineerden. Het gaat daarbij onder meer om het stimuleren van ouderen om actief te blijven, het bevorderen van sociale contacten en het tijdig signalen van cognitieve achteruitgang, zoals toenemende desoriëntatie bij personen met (beginnende) dementie. De erkenning van ouderenafdelingen als zorgafdelingen, evenals alternatieve modellen zoals een apart detentiehuis voor ouderen of een gesloten woonzorgcentrum, verdienen verdere beleidsmatige aandacht.

Ook de **re-integratie** van oudere gedetineerden vormt een belangrijke uitdaging en een aandachtspunt. Door de combinatie van zorgnoden, beperkte huisvestigingsmogelijkheden, geringe opnamebereidheid binnen de ouderenzorg, een afwezig sociaal netwerk en financiële kwetsbaarheden lopen oudere gedetineerden het risico om na hun vrijlating in problemen te komen of in de anonimiteit te verdwijnen. Een **tijdige voorbereiding van de invrijheidsstelling** dringt zich op, alsook een structurele **samenwerking tussen Justitie en de ouderenzorg in de vrije samenleving**.

Daarnaast verdient de **laatste levensfase** aandacht. Het aantal oudere personen dat de laatste fase van hun leven in detentie doorbrengt, neemt toe. Menswaardig sterven in detentie wordt zo een nieuw aandachtspunt. Bij het ontwikkelen van een beleidskader, dient de **autonomie van de patiënt-gedetineerde** centraal te staan. Het uitgangspunt dat niemand in de gevangenis mag overlijden, verdient het voorwerp uit te maken van een debat, in het bijzonder wanneer een patiënt-gedetineerde uitdrukkelijk de wens uit om zijn levenseinde in de gevangenis te beleven. Tegelijk is een structureel kader voor **palliatieve zorg** noodzakelijk, waarin **gespecialiseerde expertise en multidisciplinaire samenwerking** worden gewaarborgd. Dat kader moet ook voorzien in **externe plaatsing** wanneer de zorgbehoefte de mogelijkheden van de gevangenis overstijgt.²³

De delegatie ontmoette oudere personen die door verlamming bedlegerig zijn, personen met ernstige mobiliteitsbeperkingen en personen met zware vormen van dementie wiens besef van tijd, plaats en de eigen situatie sterk was aangetast. Deze situaties roepen enerzijds vragen op over de noodzakelijkheid van een verder verblijf in een gevangenis vanuit het oogpunt van strafdoelen en anderzijds over de eerbiediging van de menselijke waardigheid van de betrokken personen. De vraag is niet alleen **welke zorg een gevangenis kan bieden, maar wanneer iemand ophoudt in de eerste plaats gedetineerde te zijn en in de eerste plaats patiënt wordt**, met een recht op aangepaste en menswaardige zorg buiten de gevangensmuren. En vanaf welk moment kan een verdere vrijheidsbeneming in de gevangenis nog worden gerechtvaardigd door het reëel gevaar dat de patiënt in een dergelijk gezondheidstoestand nog voor de samenleving vormt?

²³ Zoals Fr. Tulkens & J. Portier opmerken: « La dignité humaine impose aux autorités d'examiner concrètement l'adéquation entre la détention et les conditions dans lesquelles le traitement [médical] est administré et d'envisager si un motif humanitaire pourrait justifier qu'il soit mis fin à l'emprisonnement. » *La dignité, principe matriciel dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, in Revue trimestrielle des droits de l'Homme 2026/3 nr 147, 635-653.