



VERENIGING VOOR
GEZONDHEIDSRECHT

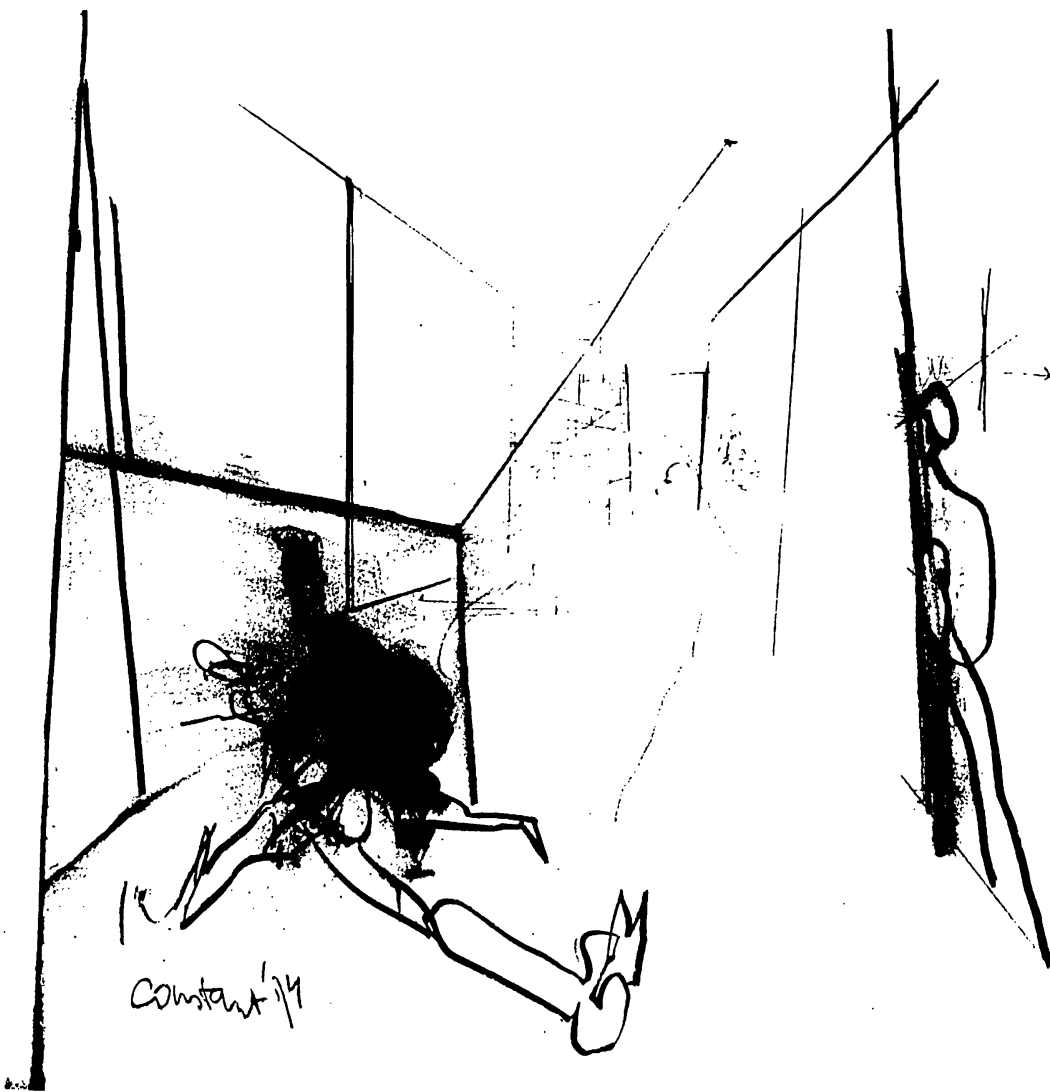
Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering

Gezondheidszorg voor gedetineerden

Prof. mr C. Kelk

van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 3 april 1998

Gezondheidszorg voor gedetineerden



Constant '14

GEZONDHEIDSZORG VOOR GEDETINEERDEN

prof.mr. C. Kelk

Preadvies aan de Vereniging voor Gezondheidsrecht
Jaarvergadering 3 april 1998

Voorwoord

Nee vriend, een genezer ben jij niet. Weet je wie mensen kan genezen? Ik. Al ben ik dan nooit op de universiteit geweest en al vind jij het niet eens goed dat ik daar heen ga voor een gehooronderzoek. Maar als het goed was dan was ik hier genezer in huis. Want ik heb de liefde. Maar dan begon ik eerst met die hele schooiertroep die jij patiënten noemt de straat op te schoppen. Want dat zijn geen zieken. Dat zijn landlopers en soute-neurs. Als ik hier genezer was dan kwamen hier echte zieken en dan werden de mensen beter gemaakt. Weet je wat het de maatschappij kost dat ik hier zit?

Jan Arends

Uit: Keefman

(Verzameld werk, De Bezige Bij 1984, p. 44)

De solidariteit met tal van categorieën sociaal zwakkeren welke in de jaren '70 een flinke impuls heeft gekregen en welke indertijd een juridiseringsbeweging op gang zette, die uitmondde in de versterking van hun rechtsposities, is inmiddels wat vervlakt geraakt. In het bijzonder geldt dit voor de (rechts)positie van de justitiabele: er waait een sterk verzakelijkte strafrechtelijke wind, die minder plaats biedt voor individualisering en meer voor wat wel wordt aangeduid als 'neo-vergelding'.

Het is tekenend dat zich dit niet alleen manifesteert bij de rechterlijke straftoemeting (er worden steeds frequenter langere straffen opgelegd), maar dat zich dit voortzet in de strafnuitvoerlegging. In de nota 'Werkzame Detentie' van 1994 waarin de toenmalige bewindslieden van justitie vooruitliepen op de nieuwe Penitentiaire Beginselenwet, de opvolger van de Beginselenwet Gevangeniswezen (1951-1953), wordt uitdrukkelijk teruggegrepen op de vergelding, terwijl in de periode na de Tweede Wereldoorlog het vergeldende karakter van de straf vooral in de strafoplegging geacht werd tot uitdrukking te komen en in de executie juist zo min mogelijk nastrevenswaardig werd geoordeeld. Daarin is bepaald verandering aan het komen,

gezien onder meer de op gang zijnde versoering van de penitentiaire regimes in het algemeen.

Tegelijkertijd is een aantal aspecten van de detentiesituatie waartoe ook de medische verzorging van de gedetineerden behoort de overheid meer tot zorg geworden, hetzij vanwege internationale, veelal verdragsrechtelijke, verplichtingen, hetzij vanwege bepaalde gebeurtenissen die incidenteel in de publiciteit zijn geraakt. Daarbij valt te denken aan de stelselmatige bezoeken die door de CPT, het Europese Comité inzake de voorkoming van Folteringen en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing,¹ aan het gevangeniswezen worden gebracht en die tot een rapportage leiden (waarin veel aandacht aan de medische zorg pleegt te worden gegeven) alsmede aan gevallen van suicide van gedetineerden of aan overlijdensgevallen van gedetineerden, waarover intussen de Nationale ombudsman enkele malen een rapport heeft uitgebracht.

De medische verzorging van gedetineerden is op deze manier voorwerp van een enigszins op zichzelf staande bezorgdheid geworden. Aangezien weinig juristen in het penitentiaire recht geverseerd zijn en ook in de medische wereld de belangstelling voor de zorg voor gedetineerden tamelijk bescheiden is, is de wens van de Vereniging voor Gezondheidsrecht om over dit onderwerp een preadvies te doen uitbrengen een gelukkige. Gaarne heb ik dan ook aan het verzoek voldaan hierin te voorzien.

Ik ben veel dank verschuldigd aan Prof. dr. H.J.J. Leenen en Prof. mr. H.D.C. Roscam Abbing voor hun commentaar op het manuscript waarvan ik dankbaar gebruik heb gemaakt, aan A.K. van der Heide, Medisch Adviseur bij de Dienst Justitiële Instellingen van het ministerie van Justitie die mij zeer behulpzaam is geweest bij het verschaffen van informatie en Kathelijn Korver, die de gehele tekst heeft bewerkt en persklaar heeft gemaakt.

C. Kelk
januari 1998

¹ Dit Comité is ingesteld op grond van art. 1 van het gelijknamige verdrag van 26 november 1987, Straatsburg, Trb. 1988, 19.

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen	X
-----------------------	---

Hoofdstuk 1

Regeling en praktijk van de medische zorg in penitentiaire inrichtingen

1.1	Enige inleidende opmerkingen	1
1.2	De verwevenheid van de medische zorg met andere aspecten van de detentiesituatie	3
1.3	De positie en de taken van de inrichtingsarts	6
1.3.1	Huisarts, bedrijfsarts en adviseur	6
1.3.2	Enkele ingrijpende verrichtingen	10
1.3.3	Enige algemene taken	13
1.4	Het recht op goede medische zorg en de geldende regels	15
1.4.1	De (grond)wettelijke grondslag	15
1.4.2	Internationale regels en verdragen	17
1.4.3	De Penitentiaire Beginselenwet	20
1.5	De patiëntenrechten	23
1.6	De verzekeringspositie van de gedetineerde en de inrichtingsarbeid	25
1.6.1	Sociale verzekeringen en de detentie	25
1.6.2	Arbeidsongeschiktheid in en buiten de detentie	26
1.6.3	Het arbeidsomstandighedenrecht	29
1.7	De inrichtingspopulatie en zijn specifieke situatie	31

Hoofdstuk 2

De medische dienst

2.1	De omvang en samenstelling van de medische diensten	35
2.2	De verantwoordelijkheden van de medische dienst	36
2.3	De inrichting en de werkwijze van de medische dienst	39
2.3.1	De presentie van de medische dienst	39
2.3.2	Het spreekuur en de selectie daarvoor	40
2.3.3	De bevoegdheden van de arts en van de verpleegkundige(n)	42

2.3.4	De intake in de inrichting	44
2.3.5	De medische dienst in de inrichting	45
2.3.6	De medewerking van de piw-ers	45
2.4	De medische dienst en artsen buiten de inrichting	47
2.4.1	Het consult van een eigen arts	47
2.4.2	Het bezoeken van een ziekenhuis of kliniek	49
2.4.3	De districtspychiater	51
2.5	De kwaliteit van de medische voorzieningen	51
2.6	Het profiel van de inrichtingsarts	52
2.7	De medische dienst in tbs- en jeugdinrichtingen	55

Hoofdstuk 3

Toezicht en controle op de medische zorg

3.1	Inleiding	58
3.2	Vormen van toezicht	58
3.2.1	De Inspecteur voor de Gezondheidszorg	58
3.2.2	Het Bureau Justitiële Gezondheidszorg	59
3.2.3	De medische tuchtrechter	61
3.2.4	De strafrechter	63
3.2.5	De CPT	65
3.3	Beklagmogelijkheden en rechtswegen voor de gedetineerden	66
3.3.1	De Commissie van Toezicht (CvT)	66
3.3.2	Een centrale commissie ter behandeling van medische klachten (in statu nascendi)	68
3.3.3	De kort geding-rechter	72
3.3.4	De Nationale ombudsman (N.o.)	73
3.3.5	De Europese rechtspraak	76

Hoofdstuk 4

Medische problemen van bijzondere aard

4.1	De verslavingsproblematiek	79
4.1.1	Maatregelen ter bestrijding van drugsgebruik	79
4.1.2	Urinecontroles	81
4.1.3	Begeleiding en de VBA's	81
4.1.4	Methadonverstrekking door de arts	83
4.1.5	Nieuwe ontwikkelingen: het sobere regime en de SOV	85
4.2	De problematiek der geestelijk gestoorden	87

4.2.1	Hernieuwde aandacht voor een oud probleem	87
4.2.2	De voorzieningen van het gevangeniswezen	88
4.2.3	Voorzieningen buiten het gevangeniswezen	90
4.2.4	Nieuwe perspectieven	91
4.3	Besmettelijke ziekten	92
4.4	Overlijdensgevallen	97
4.5	Suicide	101
4.6	Hongerstaking	103

Hoofdstuk 5

Vrouwelijke gedetineerden

5.1	Klachten van vrouwen en de medische dienst	107
5.2	Bezoek aan kliniek of ziekenhuis	110
5.3	Bijzondere voorzieningen en opvangmogelijkheden	111
5.4	Ouders en kinderen in detentie	114

Hoofdstuk 6

Ontwikkelingen in het gevangeniswezen en de gezondheidszorg voor de gedetineerden

6.1	Recente rapporten over de medische verzorging	117
6.2	Ontwikkelingen in het gevangeniswezen	118
6.3	Consequenties en conclusies	120
6.3.1	De medische dienst, de arts en de verpleegkundigen	120
6.3.2	Het inrichtingspersoneel	122
6.3.3	De directie	123
6.3.4	Het regime	124
6.3.5	Artsen buiten de inrichting	124
6.3.6	De communicatie-structuur	125
6.3.7	Samenwerking tussen de betrokken departementen	126
6.3.8	Het juridische kader	127
6.3.9	De vrouwelijke gedetineerden	127
6.3.10	Andere elementen in de detentiesituatie	128
6.3.11	Tot slot	128

	<i>Korte nabeschuiving</i>	130
--	----------------------------	-----

Lijst van afkortingen

AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWGB	Algemene Wet Gelijke Behandeling
BC	Beroepscommissie (van de CRS)
Beg.wet (Gevangeniswezen)	Beginselenwet Gevangeniswezen
BIBA	Beveiligde Individuele BegeleidingsAfdeling
(wet) BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BWVT	Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden
BZA	Bijzondere ZorgAfdeling
CPT	Europees Comité inzake de voorkoming van Folteringen en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing
CRS	Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing
CvT	Commissie van Toezicht
DD	Delikt en Delinkwent
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Justitie
DPD('s)	Districts Psychiatrische Dienst(en)
E.G.-regels	Europese Gevangenisregels
ECRM	Europese Commissie voor de Rechten van de Mens
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FOBA	Forensische Observatie- en BegeleidingsAfdeling
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
(wet) GBO	(wet) Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Gev.M.	Gevangenismaatregel
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
Gw	Grondwet
hr (voor de hvb's)	huishoudelijk reglement (voor de huizen van bewaring)
hvb	huis van bewaring
IBA	Individuele BegeleidingsAfdeling

KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MTC	Medisch Tuchtcollege
MvT	Memorie van Toelichting
N.o.	Nationale ombudsman
OM	Openbaar Ministerie
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PI	Penitentiaire Informatie (naderhand: Sancties)
piv	Penitentiaire Inrichting voor Vrouwen
Piw-er	Penitentiair inrichtingswerker (bewaarder)
PM	Penitentiaire Maatregel
PMT	Psycho Medisch Team
PSC	Penitentiair SelectieCentrum
RIAGG('s)	Regionale Instelling(en) voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
Sa	Sancties (voorheen: Penitentiaire Informatie)
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
tbs	terbeschikkingstelling
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
VBA('s)	Verslavings Begeleidings Afdeling(en) (Voorheen: Drugsvrije Afdelingen)
VN	Verenigde Naties
WHO	World Health Organisation

1 Regeling en praktijk van de medische zorg in penitentiaire inrichtingen

1.1 Enige inleidende opmerkingen

Dit preadvies betreft de medische zorg in penitentiaire inrichtingen, d.w.z. in gevangenissen en huizen van bewaring (hvb's). Gevangenissen zijn de inrichtingen welke uitsluitend zijn bestemd voor het verblijf van tot gevangenisstraf veroordeelden. Hvb's zijn de inrichtingen waarin in de eerste plaats voorlopig gehechten zijn gedetineerd, maar waarin zich ook kortgestraften kunnen bevinden of vreemdelingen die op uitzetting wachten danwel langgestraften die nog niet in een gevangenis kunnen worden geplaatst of terbeschikkinggesteld in afwachting van hun opname in een tbs-kliniek. Deze laatsten heten 'passanten': wegens plaatsgebrek elders moeten zij in een hvb wachten.

Wie zich in een penitentiaire inrichting, gevangenis of hvb, bevindt is een gedetineerde in de zin van de wet. Niettemin vertoont in een aantal opzichten de positie van de gedetineerde zeer veel gelijkenis met die van de terbeschikkinggestelde, die in een tbs-kliniek als 'verpleegde' verblijft of met die van de jeugdige in een justitiële inrichting voor de kindbescherming. Veel van het hierna geschrevene geldt dan ook vice versa voor deze categorieën in een inrichting opgenomen ('geïnstitutionaliseerden')¹. Om deze reden zal ook op de hen betreffende medische zorg kort worden ingegaan.

Soms zal de term 'gevangenis' overigens worden gebruikt in algemene zin, dus als equivalent van penitentiaire inrichting en wel waar het taalgebruik daarom vraagt (vergelijk het Engelse 'prison'). Wanneer echter uitdrukkelijk met: 'gevangenis' de terminus technicus wordt bedoeld blijkt dit uit het zinsverband.

In dit preadvies gaat het niet om de zeer kleine categorie gedetineerden die in een open inrichting verblijft als laatste fase van een (zeer) lange gevangenisstraf: deze bezoekt zelf het spreekuur van een buiten de inrichting gevestigde huisarts in tegenstelling tot alle andere gedetineerden in gesloten

1 Zie mijn inaugurele rede: *Recht voor geïnstitutionaliseerden*, Gouda Quint 1983. Deze exotische term is de enige die ik kan bedenken als equivalent van het Engelse 'inmates'.

inrichtingen die in eerste instantie op de medische dienst van de inrichting zijn aangewezen.

De omvang van het Nederlandse gevangeniswezen is in circa 15 jaar tijd verdrievoudigd. Intussen zijn er circa 13.000 gedetineerden in Nederland, ofwel 75 per 100.000 leden van de bevolking. Daarmee heeft Nederland zijn internationale faam het relatief kleinste gevangeniswezen te bezitten enigszins prijsgegeven,² ondanks het feit dat ook in andere, althans Europese, landen de gevangenissen overvol zijn geraakt en dat ook daar uitbreidingen van de gevangenis capaciteit hebben plaatsgevonden.³ Al jaren geleden werd echter door de toenmalige minister van Justitie met kennelijke tevredenheid geconstateerd, dat ons gevangeniswezen een 'Europees peil' had bereikt. Opmerkelijk is dat het aantal *vrouwelijke gedetineerden* – hoewel dit in absolute zin in de loop der jaren sterk is gestegen – nog altijd niet meer dan circa 5% van de totale gedetineerdenpopulatie uitmaakt.⁴

Evenwel niet onbelangrijk is het feit dat niet alleen sommige bestaande inrichtingen zijn uitgebreid, maar dat in de loop der jaren een fors aantal nieuwe inrichtingen is verrezen en dat deze nieuwe inrichtingen veel groter van omvang zijn geworden dan vroeger gebruikelijk was. Er kan aan worden herinnerd dat in 1977 door de Staatscommissie-Van Hattum, die over functie en doelstelling van het huis van bewaring een rapport met aanbevelingen uitbracht,⁵ geadviseerd werd niet naar grotere inrichtingen te streven dan met plaats voor 120 gedetineerden of een vergelijkbare orde van grootte. Onder andere was daarvoor het argument dat anders ongewenste massificatieverschijnselen zouden optreden welke aan het welzijn van de gedetineerden in tal van opzichten afbreuk zouden doen. Weliswaar werd toentertijd de gedachte van 'small is beautiful' alom gehuldigd en werd de kleinschaligheid tot het hoogste goed verheven, maar het zou de werkelijkheid tekort doen als deze gedachte al te snel zou worden bijgezet in het rariteitenkabinet van de geest van de tijd. Juist organisaties als die van totale instituties, waarin de situatie van de geïnstitutionaliseerde in een hoge mate wordt getekend door hun afhankelijkheid en kwetsbaarheid, dienen uiterst kritisch op globaliseren-

2 Zie de bundel: Hoe punitief is Nederland?, M. Moerings e.a. red., Gouda Quint 1994.

3 Zie de Belgische studie: Barstende muren (K. Beyens e.a.), Kluwer België en Gouda Quint 1993, over de overvolle gevangenissen in Europa. Overigens is er soms ook van een terugloop van het aantal gedetineerden sprake, zoals in Finland.

4 Zie over de achtergronden hiervan: R. Wolleswinkel, *Gevangen in moederschap*, diss. Maastricht, Gouda Quint 1997, in het bijzonder hoofdstuk 1.

5 Deze commissie werd in 1973 ingesteld naar aanleiding van een opstand die in 1971 in het hvb te Groningen plaatsvond.

de, vergroevende en bureaucratische tendenties te worden gezien. Daarenboven heeft er een beweging tot verzelfstandiging van en binnen het gevangeniswezen plaatsgevonden, d.w.z. een deconcentratie van beheersbevoegdheden naar directies van inrichtingen en complexen van inrichtingen die geografisch niet ver van elkaar zijn gelegen. Alle inrichtingen ressorteren onder het agentschap van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) waaraan de minister van Justitie de uitvoering van het aan hem toekomende opperbeheer over de inrichtingen kan mandateren. Een en ander betekent dat het management enorm aan zwaarte heeft gewonnen.

De Beginselenwet Gevangeniswezen en de daarop rustende Gevangenismaatregel, welke in 1953 in werking traden, worden thans vervangen door de nieuwe Penitentiaire Beginselenwet (PBW) en de Penitentiaire Maatregel (PM). Deze nieuwe wetgeving betekent in een aantal opzichten geen fundamentele verandering, temeer daar daarin ook circulaire en de jurisprudentie van het beklag- en beroepsrecht (zie 3.3.1) zijn verdisconteerd. In dit preadvies zal van de nieuwe wetgeving worden uitgegaan en zullen eventuele veranderingen voorzover relevant in de tekst of in noten worden vermeld.

1.2 De verwevenheid van de medische zorg met andere aspecten van de detentiesituatie

Detentiesituaties plegen zich te kenmerken door een intensieve wisselwerking tussen de elementen die deel uitmaken van de penitentiaire organisatie onderling en eveneens tussen de elementen van die organisatie en de elementen van het penitentiaire systeem als geheel. Het gaat immers om 'totale' situaties van mensen die aan bepaalde, veelal strakke regels zijn onderworpen en die daarbij volkomen afhankelijk zijn van de bejegening door functionarissen, die volgens bepaalde organisatorische schema's en gebruikelijke gedragspatronen binnen de mechanismen van de inrichtingsorganisatie en binnen een bepaald inrichtingsklimaat te werk gaan. Zo ontstaat een algehele gang van zaken die voor de alledaagse werkelijkheid in de inrichting bepalend is. Deze werkelijkheid wordt in het algemeen taalgebruik ook wel 'het regime' in de inrichting genoemd, hoewel de term regime eigenlijk alleen voor de geldende voorschriften en de rechtspositie van de gedetineerde is voorbehouden. We zouden dan ook kunnen spreken van resp. 'regime in ruime zin' en 'regime in enge zin'.

De belangrijkste elementen van de penitentiaire organisatie zijn in dit verband:

- . de geldende voorschriften en de rechtspositie (het regime in enge zin),
- . de materiële voorzieningen,
- . de bouwkundige mogelijkheden,
- . het personele potentieel (kwantitatief én kwalitatief),
- . de aard en samenstelling van de inrichtingspopulatie,
- . de organisatorische omstandigheden,
- . de ligging van de inrichting en
- . de omvang van de inrichting.

Deze elementen kunnen in de vorm en de mate waarin ze zich voordoen niet los van elkaar gezien worden maar ze beïnvloeden elkaar.

Om een enkel voorbeeld te noemen: bij beperkte materiële voorzieningen (er is bijvoorbeeld een geringe sportaccommodatie of een beperkte recreatieruimte) kan de aanwezigheid van uitstekende, fantasierijke functionarissen veel compenseren (er is bijvoorbeeld een van vindingrijkheid sprankelende sportleraar resp. een uiterst creatieve cultureel werker aanwezig); een excentrische ligging van de inrichting kan het recht op bezoek gemakkelijk frustreren, tenzij een uitermate flexibele bezoeksregeling wordt gehanteerd (die bijvoorbeeld minder frequente maar langerdurende bezoeken mogelijk maakt) etc. Bij dit alles is de mentaliteit en de instelling van de functionarissen van eminent belang omdat deze bereid moeten zijn acute problemen die zich nu eenmaal veelvuldig voordoen en die vanwege het totale karakter van de situatie voor de betrokkene zwaar wegen om een soepele, danwel een provisorische of creatieve oplossing vragen. Deze mentaliteit pleegt weer sterk verband te houden met het inrichtingsklimaat, waarop in hoge mate het stempel wordt gedrukt door de leden van de directie en van het management.

Zo wijst de praktijk uit dat tussen inrichtingen met dezelfde bestemming, waarop dezelfde wettelijke voorschriften van toepassing zijn, soms grote verschillen in detentiesituatie en inrichtingsklimaat kunnen optreden.

Dit alles is bij uitstek voor de medische verzorging, één van de 'basic needs' van gedetineerden,⁶ van grote betekenis. Immers nu de gedetineerde als mens in zijn totaliteit, d.w.z. in de meest existentiële zin, voorwerp van bejegening en zorg is geworden, die bovendien binnen één en dezelfde scherp afgegrensde ruimte, nl. binnen de totale institutie, moeten worden

6 D. van Zyl Smit, South African Prison Law Practice, Butterworths Durban 1992, p. 141 e.v.

verleend, is het onvermijdelijk dat de diensten die voor de verzorging en bejegening moeten zorgdragen niet als volkomen van elkaar gescheiden kunnen worden gezien. Dit klemt temeer omdat de oppressieve mechanismen die inherent zijn aan totale instituties⁷ voor het welzijn van de geïstitutionaliseerden een zeer beschadigende werking plegen te hebben. Het welzijn van de gedetineerde wordt door verschillende diensten langs verschillende wegen behartigd en kan derhalve op diffuse wijze worden bevorderd, maar ook juist worden doorkruist. De gezondheidstoestand van de gedetineerde wordt met andere woorden door een netwerk van factoren, waarvan hij afhankelijk is, mede bepaald, zoals door de sportaccommodatie, de kwaliteit van de voeding, de recreatieve mogelijkheden etc. En zo kan bijvoorbeeld de inrichtingsdominee of de inrichtingsonderwijzer door zijn uitstekende contacten met de gedetineerde in feite als een psycholoog fungeren en kan de recreatieleider of de arbeidsmedewerker, die bits en snauwerig reageert, een gedetineerde de ziekte injagen.

Een uiterst navrant voorbeeld biedt de situatie die men enige jaren geleden in het hvb te Antwerpen aantrof: daar was geen enkele ruimte of voorziening voor welke activiteit dan ook, zodat de gedetineerden (op het luchten na) de gehele dag in de cel moesten verblijven. Dit had tot gevolg dat 40 à 50 gedetineerden zich dagelijks bij de medische dienst meldden (men kon dan immers de cel verlaten en op de gang samen met andere gedetineerden op de dokter wachten).

Het is voor het welzijn van de gedetineerde dan ook tevens van groot belang dat er goede sociale, geestelijke, onderwijskundige en recreatieve voorzieningen zijn: deze hebben allen zonder uitzondering – zij het indirect – invloed op de gezondheidstoestand van de gedetineerde.

Op zichzelf heeft een en ander natuurlijk ook buiten de gevangensmuren gelding, maar de kwetsbare situatie van de geïstitutionaliseerden pleegt in vele opzichten tot verscherpte en intensievere versies van algemene samenlevingspatronen aanleiding te geven. De context is nauwer en bovendien onveranderlijk: de regels en de structuren, die eigen zijn aan de gevangenis, zijn van nature strak en weerspiegelen een ijzeren hiërarchie. Daarom is de mentaliteit en de souplesse van de personen der functionarissen alsmede de samenstelling van het personeel van zulk een eminent belang: zo heeft het

7 Het inmiddels klassiek geworden standaard-werk hierover is van Erving Goffman, *Totale instituties*, Universitaire Pers Rotterdam 1975, met een belangrijke inleiding van J.A.A. van Doorn. Zie voorts A. Neys, *Gevangenisstraf als doorleefde realiteit*, in: *Tralies in de weg* (A. Neys, T. Peters e.a. eds.), Universitaire Pers Leuven 1994, p. 177 e.v.

feit dat er tegenwoordig vrouwelijke bewaarders in mannengevangnissen en manlijke bewaarders in vrouwengevangnissen werkzaam zijn een zeer gunstige invloed op de dagelijkse gang van zaken in de gevangnissen. De kunstmatige menselijke verhoudingen binnen de gevangenisgemeenschap worden aldus enigszins genormaliseerd.

Ook in ruimere zin functioneert de medische dienst in een penitentiaire inrichting als een onderdeel van onderling met elkaar samenhangende diensten: we zullen zien hoe dit tot uitdrukking komt in een aantal op zichzelf niet (geheel) professioneel-medische taken die de medische diensten naast hun zuiver medische taken specifiek plegen te worden toebedeeld en die de positie van een inrichtingsarts als arts enigszins exceptioneel maken. Het is daarbij niet uitgesloten dat de inrichtingsarts zich voor bepaalde ethische problemen gesteld ziet, die niet altijd gemakkelijk zijn op te lossen.

1.3 De positie en de taken van de inrichtingsarts

1.3.1 Huisarts, bedrijfsarts en adviseur

De inrichtingsarts vormt tezamen met de hem assisterende verpleger(s) de medische dienst in de inrichting. In wezen vervult hij de functie van *huisarts* voor de gedetineerden, die medische handelingen verricht, d.w.z. kleine medische ingrepen uitvoert of medicijnen, dieetvoeding of bedrust voorschrijft, danwel doorverwijst naar een specialist. Maar daarnaast brengt het specifieke karakter van de penitentiaire inrichting tevens een aantal specifieke taken voor de huisarts van *dít* huis met zich mee, waarin zich tegelijkertijd de verhouding tussen directie en medische dienst weerspiegelt. Immers, krachtens art. 3 lid 3 PBW berust het beheer van de inrichting bij de directeur. Dit betekent voor wat de medische verzorging betreft een enigszins hybride situatie: behalve de volkomen eigen verantwoordelijkheid van de arts voor het professioneel handelen zowel van zichzelf als van 'zijn' verplegers, is het de directeur die uiteindelijk verantwoordelijk is voor *het feit, dat* in een behoorlijke medische verzorging van de gedetineerden wordt voorzien, dat de arts en de verpleger(s) zich aan hun onderlinge taakverdeling houden en dat de aansluiting met externe medische instanties of medici op een correcte wijze plaatsvindt. In dit kader kan de directeur de arts zelfs onverwijld naar de inrichting ontbieden, zo stond in de huishoudelijke reglementen te lezen.⁸

8 Art. 32 lid 3 (II) hr voor de hvb's.

In de nieuwe wetgeving wordt deze bevoegdheid van de directeur niet meer expliciet genoemd, maar krachtens diens beheersverantwoordelijkheid zal deze bevoegdheid zonder twijfel een onderdeel van het contract (moeten) zijn dat bij de aanstelling van de arts wordt gesloten. Bovendien kan deze bevoegdheid worden afgeleid uit de zorgplicht van de directeur dat medische verzorging aan de gedetineerde wordt geboden wanneer dat nodig is (zie 1.4.3). Hierop wordt in 2.2 teruggekomen.

Daarnaast is voor een aantal door de directie te treffen maatregelen een medisch advies wettelijk voorgeschreven, terwijl de directeur ook uit eigen beweging bepaalde beslissingen afhankelijk kan stellen van het medisch oordeel.⁹ In dit laatste geval treedt de inrichtingsarts vaak in feite als *bedrijfsarts* op. Zo moet de arts de zich ziek meldende gedetineerde keuren ter beantwoording van de vraag of deze ziekte simuleert teneinde zich aan de arbeidsplicht te onttrekken, dus als voorwaarde voor de al dan niet uitkering van ziekingeld dan wel voor oplegging van een disciplinaire straf of een ordemaatregel. In feite wordt de arts daarmee genoopt tot het meewerken aan de constatering en opsporing van 'strafbare feiten' in de zin van het penitentiaire tuchtrecht. Doch niemand, die als functionaris in een strafinrichting werkzaam is, zal eraan kunnen ontkomen – hoe minimaal ook – betrokken te worden bij de handhaving van de orde en tucht in de inrichting, mits in de neutrale niet excessieve sfeer.¹⁰

9 Art. 39 lid 2 (II) hr voor de hvb's. Ook deze bevoegdheid moet in de nieuwe wetgeving uit de beheersverantwoordelijkheid van de directeur worden afgeleid.

10 Ethisch problematisch is het als artsen hun medewerking verlenen of zich zelfs op actieve wijze beschikbaar stellen om ontoelaatbare strafpraktijken te ondersteunen, bijvoorbeeld door zware lichamelijke tuchtigingen of folteringen medisch te begeleiden. Zeer kritisch hierover is Anthony Storr, Chairman's introduction: ethics, the doctor, and the prisoner, in: *Medical Care of Prisoners and Detainees*, Elsevier 1973, p.1; vgl. Anton Tsjechov, Reis naar Sachalin, Thomas Rap 1975, p. 342, waar deze de weezinwekkende houding van een gevangenisarts ten aanzien van een tot geseling veroordeelde gevangene beschrijft. Ik wijs op de VN-beginselen van Medische Ethiek van 1982, krachtens welke het een schending van de medische ethiek is, indien medisch personeel, en wel in bijzonderheid artsen, verklaart of deelneemt aan de verklaring, dat gedetineerden geschikt zijn voor enige vorm van behandeling of bestraffing die hun lichamelijke of geestelijke gezondheid kan beïnvloeden (beginsel 4b). De problematiek van deze zogeheten 'fitness-certification' kan ook voor Nederlandse artsen actueel worden, indien zij worden uitgezonden naar landen, die lijfstraffen als sanctie kennen; het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft zich hierover al eens moeten uitspreken (Beslissing van 19 april 1984, zaal 82/54); zie over dit alles zeer uitvoerig: J.A. Walkate, in : NJCM-Bulletin 1988, p. 621-634. Voorts wordt hieraan veel aandacht besteed door de Johannes Wier-stichting (voor Mensenrechten en Gezondheidszorg). Overigens lijkt de betrokkenheid van uitgezonden Nederlandse artsen bij lijfstraffen,

(wordt vervolgd...)

Dit neemt niet weg, dat door sommige inrichtingsartsen terecht bezwaar wordt gemaakt, wanneer zij door de directie al te gemakkelijk worden ingeschakeld als *controlerend arts* en daarbij hun loyaliteit ten aanzien van de patiënt teveel prijs moeten geven (bijv. wanneer ze zouden worden gedwongen hun beroepsgeheim te schenden, waar zij dit niet verantwoord vinden). De afweging van belangen zal door de arts zelf moeten geschieden, aldus luidt het standpunt van de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing. Overigens verschillen de meningen nogal eens over de grenzen van de loyaliteit, die de artsen met de inrichting moeten hebben en die met de patiënt. De directie mag hierin uiteraard nimmer manipuleren.¹¹ Al met al vormt het *medisch advies* een essentiële voorwaarde in het kader van de volgende directiebeslissingen:

- – van elke opsluiting in de *strafcel* (op grond van een disciplinair strafbaar feit) die langer dan 24 uren duurt moet de inrichtingsarts (evenals de CvT) door de directeur terstond in kennis worden gesteld (art. 55 lid 2 PBW), terwijl art. 19 Reglement voor opsluiting in de strafcel¹² bepaalt, dat de arts de gestrafte gedetineerde zo spoedig mogelijk en daarna regelmatig bezoekt; de straf kan eventueel om gezondheidsredenen door de directeur worden bekort of beëindigd; dit laatste is in de nieuwe wetgeving niet meer met zoveel woorden te vinden doch uitsluitend wordt in art. 51 lid 6 PBW bepaald dat de directeur kan beslissen dat de straf niet of slechts ten dele ten uitvoer wordt gelegd, zonder dat daarvoor een specifieke reden is vastgelegd;¹³
- van elke plaatsing in de *isoleercel* (indien dit in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting dan wel van een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming noodzakelijk is of indien dit ter bescherming van de betrokken gedetineerde noodzakelijk is) geeft de directeur als de afzondering langer dan 24 uren duurt op

10(...vervolg)

blijkens de rapportage van de Wier-stichting, in de praktijk niet erg groot te zijn (zie De Volkskrant 16 oktober 1996).

11 Zie over dit alles: KRI, oktober 1984, p. 12-14.

12 Beschikking van 18 mei 1978, nr. 370/378, PI 1980, nr. 30. Dit reglement zal moeten worden aangepast, aangezien in de oude wetgeving de arts en de CvT terstond na het ingaan van de straf op de hoogte moeten worden gesteld.

13 Art. 102 Gev.M. noemt echter wel specifieke redenen: 'indien het gedrag of de houding van de gedetineerde aanleiding geeft, of indien de aan het gesticht verbonden arts dit om gezondheidsredenen wenselijk acht, gaat de directeur na of verzachting of kwijtschelding van de straf mogelijk is'.

grond van art. 24 lid 6 PBW terstond kennis aan de arts (en aan de CvT); de arts bezoekt krachtens art. 4 van het desbetreffende reglement de gedetineerde in de isoleercel binnen 24 uren en daarna dagelijks;¹⁴ de afzondering duurt ten hoogste twee weken; overigens kan de gedetineerde ook zelf om plaatsing in isolatie verzoeken;

- van elke plaatsing op *het veiligheidsbed* voor ten hoogste 24 uren (indien dit tijdens de afzondering noodzakelijk is ter afwending van een van de gedetineerde zelf uitgaand ernstig gevaar voor diens gezondheid of de veiligheid van anderen) worden de aan de inrichting verbonden arts en psychiater (alsmede de CvT) in kennis gesteld; dezen bezoeken de gedetineerde binnen 24 uur en daarna dagelijks;¹⁵ deze vèrgaande maatregel dient ter voorkoming van ernstige escalatie van de kant van gedetineerden die zichzelf en/of anderen ernstig in gevaar brengen; de eventuele verlenging met 24 uur vindt steeds plaats in overleg met de inrichtingsarts (art. 33 lid 3 PBW); de duur van de maatregel moet dus zo kort mogelijk zijn;¹⁶
- en de directiebeslissing om een gedetineerde gedurende enige tijd uit te sluiten van deelname aan een of meer activiteiten kan gebaseerd zijn op ziekmelding of ziekte van de betrokken gedetineerde (art. 23 lid 1 sub c PBW); dit kan bijvoorbeeld de deelname aan sportbeoefening of aan de arbeid betreffen, hetgeen afhankelijk zal zijn van het medisch oordeel daarover.¹⁷

De beslissing tot overbrenging naar een psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de wet BOPZ in geval een gedetineerde lijdende is aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens moet ingevolge art. 15 lid 5 PBW door een door de minister van Justitie aangewezen selectiefunctaris worden genomen. Dit neemt niet weg dat overeenkomstig de huidige praktijk het initiatief hiertoe zal uitgaan van de directeur in samenspraak met de arts. Wèl is het een beslissing van de directie om op medisch

14 Art. 4 Reglement plaatsing in de isoleercel en plaatsing op het veiligheidsbed, circulaire van 19 februari 1981, nr. 927/380, PI 1981, nr. 25. Dit reglement zal ongetwijfeld moeten worden vervangen (zie ook noot 12).

15 Art. 23 van ditzelfde reglement. Indien de directeur niet de arts zelf inschakelt, maar een verpleger, dan is de directie-beslissing als geheel nietig, zie PI 1984, nr. 11.

16 Door van tevoren de duur van de maatregel te bepalen (in casu 2 dagen) heeft de directeur de maatregel 'het karakter van marteling' gegeven, aldus BC 28 september 1993, A 247/93, Sa 1994, nr. 3.

17 Voor wat betreft de vrije sportbeoefening zie BC 30 september 1980, A 73/80, PI 1981, nr. 8.

advies een gedetineerde voor een korte medische behandeling heen en weer naar een ziekenhuis te doen vervoeren dan wel te doen opnemen in het Penitentiair Ziekenhuis te Den Haag of in een burgerziekenhuis voor een operatie of ter observatie (art. 42 lid 4 sub c PBW).

Medische verklaringen omtrent de geschiktheid van een gedetineerde om aan bepaalde arbeid of aan de sport deel te nemen moeten door de directie worden gerespecteerd. Het is bijvoorbeeld onredelijk om een gedetineerde tot deelneming aan de sport verplichten, terwijl door de inrichtingsarts is geconstateerd dat deze daartoe vanwege een knieblesure niet in staat is.¹⁸

1.3.2 Enkele ingrijpende verrichtingen

In de PBW wordt voorts een tweetal ingrijpende verrichtingen aan de medicus opgedragen, die een forse toevoeging aan zijn functie betekenen in vergelijking met de oude wetgeving. In deze gevallen is het grondrecht van de onaantastbaarheid van het lichaam en dat van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer in het geding. Deze resp. in art. 11 en art. 10 van de Grondwet neergelegde grondrechten kennen evenwel beide het voorbehoud van bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. Daar staat tegenover dat art. 15 lid 4 Gw ten aanzien van degenen die rechtens van hun vrijheid zijn benomen, zoals gedetineerden, bepaalt dat deze in de uitoefening van hun grondrechten slechts beperkt mogen worden voorzover de uitoefening daarvan zich niet met de vrijheidsontneming verdraagt. De wetgever gaat er kennelijk vanuit dat de hierna te noemen wettelijke inbreuken op de bedoelde grondrechten zijn te rechtvaardigen binnen de grenzen van art. 15 lid 4 Gw. Veel zal echter afhangen van de wijze waarop een en ander in de praktijk en in de jurisprudentie nader zal worden geïnterpreteerd.

In de eerste plaats kan de directeur ex art. 31 PBW bepalen dat een gedetineerde *in* het lichaam wordt onderzocht, indien dit noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar voor de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting danwel voor de gezondheid van de gedetineerde. Dit onderzoek moet worden uitgevoerd door een arts of, in diens opdracht, door een verpleegkundige.

Het gaat hierbij om een veel verdergaand onderzoek dan uitsluitend het schouwen van lichaamsholten en -openingen, het zogeheten visiteren van gedetineerden, waartoe de penitentiair inrichtingswerkers bevoegd zijn. Bij het onderhavige onderzoek mag er getoucheerd worden, aangezien het

18 BC 9 februari 1996, A 95/559, Sa 1996, nr. 53.

verwijderen van clandestiene voorwerpen (contrabande) noodzakelijk kan zijn, bijvoorbeeld onderdelen of munitie van vuurwapens, cocaïnebolletjes etc. Ook kan het nemen van een röntgenfoto of het inbrengen van een endoscoop in de slokdarm of de endeldarm geboden zijn. De MvT stelt dat de aard van het onderzoek bepalend zal zijn voor de vraag of dit door een arts of in diens opdracht door een verpleegkundige moet worden verricht. Zo zal het inbrengen van een endoscoop in het rectum of de vagina door een arts dienen te geschieden.¹⁹

In de tweede plaats kan op grond van art. 32 PBW de directeur een gedetineerde verplichten te gedogen dat ten aanzien van hem een bepaalde geneeskundige handeling wordt verricht en wel indien die handeling *naar het oordeel van de arts* noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de gedetineerde of van anderen. Weliswaar is voor geneeskundige handelingen in beginsel altijd de toestemming van de betrokkene vereist, maar uit hoofde van de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de gedetineerde gedurende de detentie kan het opleggen aan de gedetineerde van een medische handeling zonder diens toestemming gerechtvaardigd zijn, zo is in de MvT te lezen.²⁰

Daarbij wordt uitdrukkelijk van het subsidiariteitsbeginsel uitgegaan, met name als de dwanghandeling dient ter afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid of veiligheid van anderen: steeds zal dan moeten worden overwogen of het beoogde doel niet met andere middelen kan worden bereikt. Gezien het ingrijpende karakter van de gedwongen medische handeling is dit een volkomen juist principe.

De MvT noemt het voorbeeld van het omgekeerde geval waarin iemand, die vanwege het feit dat hij een ernstig gevaar voor anderen oplevert, langdurig geïsoleerd moet worden doch wiens toestand als gevolg daarvan verslechtert: het is denkbaar dat de toediening van medicatie in dat geval als minder ingrijpend moet worden beschouwd dan langdurige afzondering.

Deze genuanceerde benadering lijkt me de enige juiste op dit hachelijke terrein van dilemma's waarvoor een inrichtingsdirectie zich geplaatst kan zien.²¹ Dergelijke situaties vormen met de enorme groei van het aantal gedetineerden met soms ernstige geestelijke stoornissen in de penitentiaire

19 MvT, p. 49.

20 MvT, p. 50.

21 Ook in de commissie-Van Hattum is hierover indertijd uitvoerig gediscussieerd, zie het Eindrapport van de Commissie Doelstelling en Functie Huis van Bewaring, Den Haag 1977, p. 122-123.

inrichtingen bepaald geen uitzondering meer. Dit is dan ook de achtergrond van de nieuwe bepaling.

De MvT toont er begrip voor dat de inrichtingsarts, dus de 'huisarts' van de gedetineerde, zichzelf in het algemeen niet de meest aangewezen voelt om dergelijke ingrijpende controle- en dwangmaatregelen uit te voeren, als waarvan in de PBW sprake is: 'Het kan nu eenmaal problemen opleveren in de relatie met de patiënt, indien een arts het ene moment curatief in diens belang handelt en vervolgens tegen diens wil een anaal onderzoek op contrabande uitvoert (ingevolgt art. 31). Het ligt op de weg van de directie om voor de uitvoering van dergelijke dwangmaatregelen politieartsen of aan de plaatselijke GG en GD verbonden artsen in te schakelen. Ook deze kunnen worden aangemerkt als een aan de inrichting verbonden arts in de zin van art. 42 PBW'.²²

In de Penitentiaire Maatregel (PM) worden hierover nadere uitvoeringsregels gegeven. Zo zal de directeur alvorens tot gedwongen geneeskundige handelingen te beslissen eerst *overleg* moeten plegen met de inrichtingsarts, en als een andere arts deze verricht met deze andere arts, alsmede met het hoofd van de afdeling waar de betreffende gedetineerde verblijft. Vloeit de noodzaak van een dwangmedicatie voort uit een stoornis van de geestvermogens dan moet ook overleg met de psychiater plaatsvinden. In dit laatste geval moet van de handeling melding worden gemaakt bij de Inspecteur voor de Gezondheidszorg. Voorts moeten al deze handelingen worden gemeld aan de minister van Justitie en aan de CvT (zie het concept-PM artt. 21-22).

Het is bepaald niet overdreven met de MvT te constateren dat de inrichtingsarts een 'spilfunctie'²³ in de inrichting vervult. Het is duidelijk dat deze in omvang en intensiteit is toegenomen.

Sommige inrichtingsartsen hebben wellicht minder moeite met de twee nieuw ingevoerde ingrepen, maar dit zal lang niet altijd het geval zijn. En zelfs als er externe (politie)artsen zouden worden ingeschakeld zal het standpunt van de inrichtingsarts in de meeste gevallen onmisbaar zijn bij de overwegingen rond de besluitvorming. Iets specifieker ligt het wellicht in die (afdelingen van) inrichtingen die gespecialiseerd zijn in de opvang van gedetineerden met ernstige geestelijke of gedragsstoornissen, zoals de FOBA-toren (de Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling) te Amsterdam, waar ook gedragskundigen werkzaam zijn en waar de inrichtingsarts meer

22 MvT, p. 58.

23 MvT, p. 58.

psychiatrische expertise zal (moeten) hebben en het dientengevolge mede tot zijn taak zal rekenen tot dwangmedicatie te moeten overgaan. 'Avant le loi' is dwangmedicatie daar al eens toegediend, hetgeen door de CRS in een noodsituatie gerechtvaardigd is geoordeeld.²⁴

1.3.3 Enige algemene taken

Tenslotte zijn er aan de positie van de inrichtingsarts nog enkele taken in algemeen zin verbonden. Zo ligt het voor de hand dat de inrichtingsarts toeziet op *de algehele hygiëne* in de inrichting (zie ook hieronder 1.4.3). In het algemeen kan gezegd worden dat deze in de Nederlandse inrichtingen uitstekend is. Daarbij moet worden bedacht dat de gangen en grotere ruimten van de woonafdelingen der gedetineerden worden gereinigd door gedetineerden, die deze bezigheid als betaalde 'huisbaan' verrichten (in plaats van op de werkzaal te werken), terwijl iedere gedetineerde zijn eigen cel dient schoon te houden.

Voorts schrijft art. 44 lid 4 PBW voor, dat iedere gedetineerde in staat gesteld moet worden zijn lichamelijke hygiëne naar behoren te verzorgen. Hiertoe ontvangt hij de benodigde toiletartikelen en mag hij zich op gezette tijden (volgens de geldende huisregels) douchen. Ook na het verrichten van bepaald soort (vuil) werk en na de sport wordt in de mogelijkheid van douchen voorzien. Ik zou me kunnen voorstellen dat bij het opstellen van nadere regels daaromtrent ook de inrichtingsarts om advies wordt gevraagd.

Voor de gezondheid van de gedetineerde is het verder van eminent belang dat strikt de hand wordt gehouden aan de regel van art. 49 lid 3 PBW inhoudende dat de gedetineerde dagelijks gedurende minstens een uur in *de buitenlucht* kan verblijven. Vanzelfsprekend heeft de gedetineerde die hierin te kort gedaan is het recht om zich daarover te beklagen. Maar in geval het luchten in het gedrang zou komen omdat 'concurrerende' activiteiten

24 Het betrof een gedetineerde, die zich in het verleden veelvuldig agressief had gedragen wanneer hij geen medicijnen gebruikte en die ook thans op het politiebureau agressief was geweest en tijdens het vervoer van het politiebureau naar de FOBA gedreigd had slachtoffers te maken. De psychiater van de inrichting stelde bovendien de diagnose dat de betrokkene psychotisch was en diende hem derhalve op de tweede dag van zijn verblijf een ongeveer twee weken werkend antipsychoticum toe. Dit middel had echter voor hem dusdanig onaangename nevengevolgen dat dit voor hem reden was in beklag en beroep te gaan om de toelaatbaarheid van de dwangmedicatie te betwisten. De Beroepscommissie achtte het aannemelijk dat de betrokkene een zodanig agressieve en dreigende indruk maakte dat direct ingrijpen in redelijkheid noodzakelijk kon worden geacht (BC 17 september 1996, A 96/74, Sa 1997, nr. 5, m.n. C. Kelk).

(bijvoorbeeld het ontvangen van bezoek) op hetzelfde uur zijn geprogrammeerd, heeft de inrichtingsarts die dit signaleert m.i. de plicht op het belang van dagelijkse frisse lucht te wijzen.

In de huishoudelijke reglementen stond vanouds nog te lezen dat de arts aandacht besteedt aan de kwaliteit van *de voeding*. Deze op zichzelf nogal vaag gestelde regel is enigszins illusoir geworden naar gelang de eigen keukens in de inrichting werden opgeheven en er voor de maaltijden werd overgegaan op het inschakelen van externe catering-bedrijven. Over het algemeen houden deze zich wel aan de voor een gezonde voeding geldende maatstaven, wat niet wegneemt dat her en der door gedetineerden – soms veelvuldig – over het eten wordt geklaagd. Vooropgesteld moet echter worden dat er voor de dagelijkse voeding (ontbijt; warme maaltijd en avondbrood) een bijzonder laag bedrag beschikbaar is (thans minder dan 10 gulden per gedetineerde per dag). Voorts moet worden bedacht dat mensen in inrichtingen – dit geldt ook voor ziekenhuizen – niet zelden de neiging tonen hun ongenoegen over (bepaalde aspecten van) hun situatie af te wentelen op het hen voorgezette voedsel. Klachten betreffen nogal eens de smakeloosheid, de klefheid, de doorgekooktheid etc., dus de bereidingswijze van het eten, maar soms ook de geringe hoeveelheid of de temperatuur ervan. Leden van de CvT die bij hun bezoeken aan de inrichting wel eens een proefmaaltijd tot zich nemen, kunnen bepaalde klachten soms beamen, maar soms ook niet. Vanwege de keuken wordt dikwijls het verweer gevoerd dat het een kwestie van smaak is. Toch kunnen golfbewegingen in de klachten wel degelijk een signaalfunctie hebben voor de directie om zich met het catering-bedrijf te verstaan. Bij mijn weten gebeurt dat ook. Overigens worden soms ook fouten gemaakt bij het verstrekken van dieetvoeding, welke de inrichtingsarts heeft voorgeschreven. Het is van belang dat hierover direct en concreet wordt gereclameerd bij de keuken en dat eventuele omissies met spoed worden geredresseerd. Zonodig zou de inrichtingsarts dan eveneens zijn stem kunnen verheffen. Het is duidelijk dat er een grote mate van afhankelijkheid van het externe bedrijf is gegroeid, vergeleken bij de oude situatie van de eigen keuken met eigen kok, die bovendien werd geassisteerd door gedetineerden die als ‘keukenhulp’ in de huisdienst werkzaam waren. Vroeger konden eventuele klachten over het eten dan ook langs min of meer directe weg op de plaats van hun bestemming terecht komen. Voor de kwaliteit van het voedsel was de oude situatie al evenzeer bevorderlijk omdat de kok zelf de inkopen deed en het per dag zelf in de hand had om de beste en gezondste etenswaren vers en tegen de laagste prijs – vaak op de markt – in te kopen.

De moderne aanpak is ontstaan met de komst van grootschaligere inrichtingen, terwijl in sommige gevallen bovendien één catering-bedrijf verschillende (niet ver van elkaar afgelegen) inrichtingen tegelijkertijd bedient. Als er gegronde redenen mochten zijn (bijvoorbeeld vanwege veelvuldige, gelijkstrekende klachten daaromtrent) om te twijfelen aan de kwaliteit en de voedingswaarde van het eten, dan lijkt het me noodzakelijk dat ook de inrichtingsarts van zijn bezorgdheid aan de keuken doet blijken.

In ieder geval kan de inrichtingsarts aan individuele gedetineerden om gezondheidsredenen een afwijkend *dieet* voorschrijven.

1.4 Het recht op goede medische zorg en de geldende regels

1.4.1 De (grond)wettelijke grondslag

Het is intussen wel duidelijk dat van de inrichtingsarts in het gevangeniswezen tevens veel wordt verwacht, dat strikt genomen buiten de sfeer van het medisch handelen ligt.

Voorop staat dat het sociale grondrecht dat is neergelegd in art. 22 lid 1 Gw, nl. dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid onverkort van kracht is in de detentiesituatie: uit het gezichtspunt van art. 15 lid 4 Gw is er geen enkele noodzaak tot enige beperking daarop aan de vrijheidsontneming zelf te ontlene. Integendeel, de situatie van vrijheidsontneming brengt soms veeleer de noodzaak van extra zorg voor de gezondheid van de gedetineerde mee. Er moet sprake zijn van een goede, op de behoeften van de gedetineerde gerichte medische verzorging. Leenen wijst er op dat in het algemeen het sociale grondrecht op gezondheidszorg een sterker rechtskarakter aan het krijgen is en dat bovendien kwaliteit een basisvereiste voor gezondheidszorg en daarmee een element daarvan is.²⁵ Dit zal niet zonder betekenis voor de gedetineerde burger mogen zijn. Maar ook kan, zoals we zagen, de situatie van de gedetineerde uit zijn aard soms ingrijpende verrichtingen vergen.

In ieder geval houdt het juridische uitgangspunt voor de gezondheidszorg voor de gedetineerden in dat alle gezondheidsrechtelijke regels en normen hierop van toepassing zijn, tenzij de detentiesituatie zich hiermee niet verdraagt. Zo zijn de directies bijvoorbeeld verplicht maatregelen in hun

25 H.J.J. Leenen, *Recht op zorg voor de gezondheid*, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 1996, p. 23 e.v.

inrichting te treffen ter uitvoering van de Tabakswet, inhoudende dat in bepaalde ruimten of gedeelten daarvan een rookverbod geldt.²⁶ Het genoemde uitgangspunt is geheel en al in overeenstemming met art. 2 lid 4 PBW, waarin het beginsel van minimale beperkingen voor alle gedetineerden is neergelegd.²⁷ Daarnaast vergt de detentiesituatie nog extra bepalingen omtrent een aantal voor deze situatie specifieke aspecten.

De medische verzorging der gedetineerden berust op een aantal voorschriften, welke zijn te vinden in de PBW (met name art. 42) en de PM. In 1.4.3 wordt hierop verder ingegaan. In de PBW zijn alle relevante regels betreffende de detentiesituatie neergelegd, terwijl de uitwerking van slechts enkele elementen daarvan in de PM zijn beslag krijgt. Zo'n element is de beklagmogelijkheid over medische handelingen bij een centrale commissie, aangezien het medisch handelen als zodanig niet binnen het bereik van het beklag- en beroepsrecht valt.

Voor het overige moeten de nóg gedetailleerdere uitvoeringsnormen (bijvoorbeeld de tijdstippen van het bezoek en van het spreekuur van de arts etc.) in de huisregels worden neergelegd, welke worden opgesteld door de directeur met inachtneming van het dienaangaande door de minister van Justitie vastgestelde model huisregels (art. 5 lid 1 PBW).

Deze constructie leidt tot een veel grotere overzichtelijkheid van de regels dan tot de invoering van de PBW het geval was: behalve in de Beginselenwet Gevangeniswezen waren deze te vinden in de Gevangenismaatregel, de huishoudelijke reglementen en in de huisregels. Thans is de regelgeving tot de drie genoemde niveaus beperkt: de wet, de maatregel en de huisregels.

Daarnaast worden algemeen beleidsregels en regelingen door de minister van Justitie uitgevaardigd, die per circulaire bekend gemaakt worden. Voorheen werd overigens bijzonder veel per circulaire geregeld. Het is de vraag of daarin verandering zal komen, nu weliswaar veel aspecten van de deten-

26 Circulaire van 5 januari 1990, nr. 1038 DJ '90, Sa 1990, nr. 4. Ter vergelijking: in 1996 is in de New Yorkse gevangnissen (waarin circa 20.000 gedetineerden verblijven) een algeheel rookverbod ingesteld, zowel voor gedetineerden als voor personeelsleden. Dit is beargumenteerd vanuit het belang van de gezondheid, maar zeker heeft ook meegespeeld dat men meer rechtszaken vreest van bewaarders die vanwege het zogeheten 'meerroken' (second-hand smoke) een benadeling van de gezondheid bijvoorbeeld van hun luchtwegen constateren (zie New York Times 7 juli 1996, p. 15 en 17).

27 Theorieën als de leer van de bijzondere gezagsverhoudingen (die al bij voorbaat bepaalde beperkingen in de detentiesituatie van een rechtvaardiging voorzien) en de leer van de inherente beperkingen (die aan de gevangenisstraf als zodanig bepaalde deprivaties en restricties verbindt) zijn obsoleet geworden.

tiesituatie wettelijk geregeld zijn, maar zich ongetwijfeld in de loop van de tijd behoefte aan aanvullende regelingen zal doen gevoelen.

In sommige kwesties moet eenvoudig vanwege hun ingrijpende karakter landelijk op gelijke wijze worden voorzien. De eerder genoemde reglementen betreffende het verblijf in een strafcel en in een isoleercel (de wet spreekt van afzonderingscel) moeten krachtens de PBW (resp. art. 55 lid 3 en art. 24 lid 7) door de minister worden vastgesteld. Dit geldt krachtens art. 33 lid 4 PBW ook voor het reglement betreffende fixatie op het veiligheidsbed (de wet noemt dit iemand door bevestiging met mechanische middelen beperken in zijn bewegingsvrijheid, zie art. 33 lid 1 PBW).

De minister heeft immers op grond van art. 3 lid 2 PBW het opperbeheer over de inrichtingen en is uit dien hoofde bevoegd aan de directeuren bindende aanwijzingen te geven in de vorm van richtlijnen betreffende de wijze waarop zij het beheer van de inrichtingen moeten uitoefenen. De Hoge Raad heeft inmiddels beslist dat dergelijke richtlijnen rechtskracht toekomt.²⁸

Veel penitentiairrechtelijke regels hebben het karakter van instructienormen of bevatten een zorgplicht voor de directie. Weliswaar is daarin ruimte voor een zekere *beleidsvrijheid* gelegen, doch het beklag- en beroepsrecht heeft tot een nadere normering daarvan geleid, veelal naar criteria van redelijkheid en billijkheid en naar beginselen van behoorlijk (penitentiair) bestuursrecht. De Algemene Wet Bestuursrecht zelf is evenwel uitdrukkelijk uitgesloten in penitentiaire inrichtingen:²⁹ in opzet is de AWB gericht op incidentele contacten tussen burgers en overheid, terwijl in de penitentiaire inrichtingen burgers dag en nacht afhankelijk zijn van de penitentiaire overheid.

1.4.2 Internationale regels en verdragen

Voorts bevatten de Europese Gevangenisregels (European Prison Rules) een uitgebreide paragraaf over de medische verzorging. Deze regels zijn een herziene Europese versie van de oorspronkelijke Standaard Minimumregels van de VN voor de behandeling van gevangenen.³⁰ Deze versie werd vastgesteld

28 Zie HR 28 maart 1990, NJ 1991, 118; HR 19 juni 1990, NJ 1991, 119; HR 29 juni 1990, NJ 1991, 120.

29 Zie art. 1.6 AWB.

30 Deze minimum-regels kwamen in 1955 in Genève tot stand in het kader van de VN en werden in 1957 door de Sociale en Economische Raad van de VN goedgekeurd, doch nimmer door de Algemene vergadering geratificeerd. In 1973 werden ze in het kader van de Raad van Europa afgestemd op de Europese situatie en aanbevolen door het Comité van Ministers.

en aanbevolen door het Comité van Ministers van de Raad van Europa.³¹ De regels hebben een morele betekenis maar missen bindende kracht. Ze zijn bedoeld om in alle penitentiaire inrichtingen der lidstaten minimum voorwaarden qua menselijke en behoorlijke bejegening te waarborgen en aldus de situatie der gedetineerden aldaar te verbeteren.

Hetzelfde geldt voor het VN-document 'Beginnelsen inzake de bescherming van alle categorieën gedetineerden en gevangenen' dat in 1988 door de Algemene Vergadering van de VN is aanvaard en dat in regel nr. 24 medische zorg aan gedetineerden garandeert.³²

Staten, die voor een beschaafde natie willen worden gehouden zijn zulks minstens aan zichzelf verplicht. Het ligt voor de hand te veronderstellen, dat de invloed van deze normen zich in de verschillende gevangenisstelsels ook op verschillende wijze zal doen gelden: bijvoorbeeld daar, waar de gezondheidszorg in het algemeen goed is, zal deze in het gevangeniswezen niet opeens bijzonder slecht zijn, zodat gevangenisregels hieromtrent ook minder 'nodig' zijn; het omgekeerde zal echter het geval zijn in landen waar de gezondheidszorg veel te wensen overlaat.

In het gevangeniswezen zijn veel normen, niet alleen de medische, tamelijk globaal geformuleerd en laten – soms veel – interpretatieruimte. Vaak is er sprake van instructienormen en normen die een zorgplicht aan de inrichtingsorganen opleggen. Overwegend geldt hetzelfde voor de Europese Gevangenisregels, die bovendien uit hun aard minimum-normen zijn. Maar afgezien daarvan is in de gevangenisituatie, waar de gedetineerden vrijwel volledig afhankelijk zijn van het handelen en beslissen der functionarissen, de persoonlijke instelling van deze laatsten alsmede hun individuele taakopvatting en deskundigheid in hoge mate bepalend voor de gang van zaken in de inrichting. Het ligt voor de hand dat de CPT in haar rapporten nogal eens aan deze normen refereert.

Vanzelfsprekend spelen in de detentiesituatie ook internationale verdragen, in het bijzonder het EVRM, een rol. Geconstateerd moet evenwel worden dat in het algemeen gedetineerden wel relatief veel klachten indienen bij de ECRM, doch met uiteindelijk een zeer beperkt succes. Hierop wordt nog teruggekomen in 3.3.5.

Ik merk nog op dat in art. 10 Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke

31 Aanbeveling no. R (87)3 van het Comité van Ministers van de Raad van Europa, vastgesteld op 12 februari 1987.

32 Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment, resolutie VN 43/173 op 9 december 1988, Sa 1990, nr. 65.

Rechten wordt bepaald dat gedetineerden met humaniteit en met respect voor hun menselijke waardigheid moeten worden behandeld, terwijl art. 7 van dat verdrag verbiedt om iemand zonder diens vrijwillige toestemming te onderwerpen aan *medische experimenten*. Dit laatste is a fortiori voor mensen die rehtens van hun vrijheid zijn benomen van grote betekenis. Immers in de detentiesituatie met alle afhankelijkheid en deprivaties van dien zou het voor betrokkenen verleidelijk kunnen zijn om snel te zwichten voor het aanbieden van bijvoorbeeld geld of privileges onder voorwaarde dat men zich ‘vrijwillig’ aan een medisch experiment bijvoorbeeld ten behoeve van de farmaceutische of cosmetische industrie onderwerpt. Vrijwilligheid is in dwangsituaties een paradoxaal begrip. Ik kan me onmogelijk voorstellen dat hiervoor door directeuren of door het ministerie van Justitie toestemming zou worden gegeven. Ook uit vroeger dagen is mij in ons land dan ook geen enkel concreet geval in deze geest bekend. Het enige verhaal dat mij ter ore kwam stamt uit de vijftiger jaren en betreft de toenmalig geneeskundig inspecteur bij het gevangeniswezen die gevangenen vroeg mee te werken aan een onderzoek naar het effect van een bepaald soort margarine, waarvoor zij een geringe beloning (een pakje roomboter) zouden ontvangen. Doch het ging hier om een uniek en hoogst onschuldig voorval. M.i. dienen experimenten van welke aard dan ook uit de gevangenis te worden geweerd. Hooguit is denkbaar dat een individuele gedetineerde op goede gronden zelf baat meent te hebben bij een bepaald experiment met beperkte risico’s. Doch de directie zal voor de deelneming daaraan eerst toestemming aan de betrokkene moeten geven (alleen al omdat er enige substantie in de inrichting ingevoerd zal moeten worden). Terughoudendheid is echter op zijn plaats. Hetzelfde geldt in beginsel voor andere soorten wetenschappelijk onderzoek, waarbij de privacy van de gedetineerden in het geding kan zijn.

Terecht wordt in het wetsvoorstel Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen³³ het verbod opgenomen wetenschappelijk onderzoek te verrichten met personen ‘van wie redelijkerwijs moet worden aangenomen dat zij gezien de feitelijke of juridische verhouding tot degene die het onderzoek verricht of uitvoert of degene die de proefpersoon werft, niet in vrijheid over deelneming daaraan kunnen beslissen’ tenzij dit onderzoek mede aan de betrokken proefpersonen ten goede kan komen (voorgesteld art. 5).

33 Wetsvoorstel Eerste Kamer 1997-1998, 22 588, nr. 18.

1.4.3 De Penitentiaire Beginselenwet

De materiële normen betreffende de medische verzorging zijn in beginsel neergelegd in art. 42 PBW. Het is de opzet van de PBW om primair vanuit de positie van de gedetineerde beziens de belangrijkste grondslagen voor de gang van zaken te bieden en om het omschrijven van gedetailleerde bevoegdheden en plichten van functionarissen te vermijden (die immers in hun taakomschrijvingen zijn neergelegd). Dit manifesteert zich ook op het gebied van de medische zorg.

Om een voorbeeld te noemen: de aloude regel van art. 45 lid 1 *Gev.M* dat de aan de inrichting verbonden arts *bij binnenkomst van de gedetineerde* zich zo spoedig mogelijk van diens lichamelijke en geestelijke toestand mede in verband met de te verrichten inrichtingsarbeid op de hoogte dient te stellen komt in de PBW niet meer voor.

Toegegeven moet worden dat deze regel voor zeer kortgestraften weinig zin heeft, terwijl langergestraften of langdurig voorlopig gehechten direct bij de intake in de inrichting een formulier voor de verpleegkundige invullen, waarna zij op een van de volgende spreekuren aan de arts worden gepresenteerd. Het onderzoek door de verpleegkundige omvat de relevante ziektegeschiedenis en het drugs- en medicijngebruik. Het onderzoek door de arts is algemeen-oriënterend van aard, waarbij in het bijzonder aandacht wordt geschonken aan de conditie van hart en longen. Binnen drie dagen na insluiting dient een (Mantoux) huidtest (op long-tuberculose) plaats te vinden, zonodig gevolgd door een röntgenonderzoek van de longen. Wil de binnenkomende gedetineerde per se door de arts en niet door de verpleegkundige worden behandeld wat de Mantoux-prik betreft dan moet dit worden gerespecteerd.³⁴ Zou de gedetineerde echter zijn medewerking aan de prik weigeren, dan rijst de vraag in hoeverre op hem drang daartoe kan worden uitgeoefend (zie hierover 4.3). Urine- en bloedonderzoek vinden uitsluitend op basis van medische indicatie plaats.³⁵

De ratio van het oude voorschrift, dat het vorm geven aan de verantwoordelijkheid voor de medische zorg mede gebaseerd is op de toestand waarin de gedetineerde de inrichting binnenkomt en dat besmettelijke ziekten in het belang van alle gedetineerden zo snel mogelijk dienen te worden signaleerd is dus onveranderd van kracht gebleven. Overigens kon voor-

34 BC 31 mei 1988, A 63/88, PI 1988, nr. 84.

35 Aldus luiden de gegevens van de toenmalig Geneeskundig Inspecteur van het ministerie van Justitie eind 1995.

heen van veel gedetineerden worden vernomen dat de oude regel in veel inrichtingen beperkt of nauwelijks werd nageleefd.³⁶ Het zou echter zijn te hopen dat via taakomschrijvingen en via huisregels de praktijk wordt bewerkstelligd dat men bij binnenkomst inderdaad spoedig door de inrichtingsarts zelf wordt gezien. Dit lijkt me eenvoudig van vitaal belang voor de algehele gezondheidstoestand in de inrichting, met name met het oog op besmettelijke ziekten. Ik zou me kunnen voorstellen dat deze bij een schriftelijke gang van zaken makkelijker onopgemerkt blijven. Overigens bevatten de E.G.-regels een dergelijke regel wel,³⁷ waarbij bovendien uitdrukkelijk wordt gesteld dat gedetineerden van wie wordt vermoed dat zij een infectie of een besmettelijke ziekte hebben, afgezonderd moeten worden.

Een andere regel die uit de PBW is verdwenen is het voorschrift van art. 45 lid 2 Gev.M. dat de lichamelijke en geestelijke toestand der gedetineerden regelmatig moet worden gecontroleerd, ook als ze geen klachten uiten. Hiervoor is naar mijn indruk geen tijd en geen aandacht bij de medische dienst aanwezig.

Voorts is ook de regel van art. 48 Gev.M. in de PBW vervallen, inhoudende dat de geneesheer 'met regelmatige tussenpozen' *de hygiënische toestand in de inrichting* controleert. De E.G.-regels kennen deze inspectieplicht overigens wèl.³⁸ Het is echter oncontroleerbaar in hoeverre deze regel ooit onder de artsen heeft geleefd, laat staan uitgevoerd, terwijl ook de ogen van andere functionarissen dan de medici uiterst kritisch kunnen zijn inzake de hygiëne. Dit is bovendien evenzeer in hun eigen belang. Niettemin komt het mij voor dat een arts die via een klacht van medische aard wordt geconfronteerd met een hygiënische kwestie in de inrichting daaromtrent een signaalfunctie jegens de directie dient te vervullen.

Uitdrukkelijk is in art. 42 lid 1 PBW het recht van de gedetineerde op verzorging door een aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger neergelegd. Wat dit minimaal moet inhouden zegt de MvT op de E.G.-regels: 'de medische verzorging in penitentiaire inrichtingen moet georganiseerd worden volgens normen die kwalitatief vergelijkbaar zijn met die in de maatschappij.'³⁹ Aan deze maatstaf moet minstens zijn voldaan om te kun-

36 Zie ook het Rapport van de wetenschapswinkel Rechten Universiteit Utrecht 'Gezondheidszorg in de Bajes' (1993) door M. Zijl, p. 77.

37 Zie nr. 29 van de E.G.-regels.

38 Zie nr. 31 van de E.G.-regels, waarin een regelmatige inspectie van de hygiëne en reinheid in de inrichting aan de arts (of een bevoegde autoriteit) is opgedragen.

39 Zie p. 16.

nen spreken van een *goede medische verzorging*, waarop de gedetineerde als burger van de Nederlandse staat recht kan doen gelden.

Uit art. 42 PBW blijkt dat het de directeur is die als de verantwoordelijke voor het beheer van de inrichting ervoor zorg dient te dragen dat deze medische verzorging daadwerkelijk wordt geboden. Daarvoor is hij qualitate qua aansprakelijk. Hieruit vloeit een aantal zorgplichten voor, die zelfs met zich meebrengen dat de directeur de arts – zo nodig – een bevel kan geven, bijvoorbeeld om onmiddellijk naar de inrichting te komen (zie 1.3.1). Maar een dergelijk bevel kan natuurlijk niet de professionele autonomie van de arts raken (zie 2.2).

De gedetineerde heeft voorts ex art. 42 lid 2 PBW het recht om – op eigen rekening – een arts van zijn keuze te consulteren. Deze regel is in het verleden in fasen tot werkelijkheid geworden. Vroeger was dit recht nl. uitsluitend voorbehouden aan onveroordeelde gedetineerden (zie voor de voorgeschiedenis onder 2.4.1). In art. 2 lid 4 PBW wordt het beginsel van minimale beperkingen gelijkelijk voor zowel onveroordeelde als voor veroordeelde gedetineerden voorgeschreven. Dat verklaart tevens waarom in de PBW ook het recht een eigen arts te consulteren voor alle categorieën gedetineerden geldt.

In art. 42 lid 3 en lid 4 PBW wordt een opsomming gegeven van de zorgplichten van de directeur terzake van de medische verzorging. Zo draagt de directeur zorg dat de inrichtingsarts a. regelmatig beschikbaar is voor het houden van spreekuur, b. op andere tijdstippen beschikbaar is indien dit noodzakelijk is in het belang van de gezondheid van de gedetineerde en c. de gedetineerden zonedig onderzoekt op hun geschiktheid voor deelname aan arbeid, sport of andere activiteit (zie art. 42 lid 3 PBW).

Daarnaast heeft de directeur ervoor te zorgen dat a. door de arts voorgeschreven medicijnen en diëten daadwerkelijk worden verstrekt, b. de door de arts voorgeschreven behandelingen plaatsvinden en c. de gedetineerde die elders behandeld moet worden naar het desbetreffende ziekenhuis of een andere instelling, bijvoorbeeld ten behoeve van drugsverslaafden die willen afkicken, wordt overgebracht (zie art. 42 lid 4 PBW). Maar bepaalde vormen van hulpverlening kunnen in de inrichting zelf worden verleend, zoals het geven van fysiotherapie. Ook kunnen andere bijzondere voorzieningen worden getroffen, zoals het verschaffen van brillen en steunzolen. Dit alles geschiedt in de geest van aanspraken uit hoofde van de Ziekenfondswet.

Het komt me voor dat deze regels in beginsel een weerspiegeling vormen van wat van de inrichting op het gebied van medische verzorging mag

worden verwacht. Hoe een en ander in werkelijkheid verloopt hangt in hoge mate af van de wijze waarop de arts functioneert en zijn professie uitoefent, waarbij zijn verhouding tot de verpleger(s) alsmede tot de directie en andere personeelsleden van groot belang is, evenals de wijze waarop de medische dienst is georganiseerd en geutiliseerd en als geheel functioneert.

Natuurlijk is ook *tandheelkundige* verzorging noodzakelijk. De PBW vermeldt deze niet afzonderlijk, maar elke inrichting beschikt over een speciale behandelruimte met tandheelkundige apparatuur. Minstens één maal per week komt een tandarts de meest noodzakelijke handelingen verrichten, in beginsel op basis van de door het ziekenfonds gebruikelijk verstrekte voorzieningen. Hiermee is voldaan aan regel nr. 26 lid 3 van de E.G.-regels, luidende: 'Elke gedetineerde moet een volledig bevoegde tandarts kunnen bezoeken'. Na hun binnenkomst moeten alle gedetineerden, zowel in gevangenissen als in hvb's, een gebitscontrole ondergaan en vervolgens iedere 6 maanden. Uitgebreidere behandelingen en het aanbrengen van protheses geschieden alleen ingeval van veroordelingen tot 1 jaar of langer.

Onveroordeelden zijn daarvan in beginsel uitgesloten. In noodgevallen kan een en ander uitzondering lijden met toestemming van de tandheelkundig adviseur van het ministerie van Justitie. De tarieven die de tandarts worden vergoed zijn geregeld bij circulaire.

Het recht op de nodige *psychiatrische of psychologische zorg* is eveneens onder het recht op een goede medische verzorging begrepen. Hierop wordt in 4.2 uitvoerig teruggekomen.

1.5 De patiëntenrechten

Het spreekt vanzelf dat de gedetineerde – evenals iedere patiënt – het recht heeft om medische behandeling te weigeren, het recht heeft op informatie etc. De wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst is krachtens art. 7: 464 BW, dat pas op 1 april 2000 in werking treedt, van overeenkomstige toepassing als geneeskundige handelingen worden verricht zonder dat een behandelingsovereenkomst is gesloten en wel voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.

Deze bepaling werpt zijn licht reeds thans op verschillende terreinen vooruit, bijvoorbeeld op dat van de wet BOPZ,⁴⁰ maar ook op het terrein van het detentierecht. Zo wordt ervan uitgegaan dat de wet GBO in penitentiaire inrichtingen van toepassing is voorzover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet en voorzover niet eigen wettelijke regels zijn opgesteld. In de detentiesituatie wordt de geneeskundige hulp immers niet op basis van een GBO verleend.⁴¹ Maar wel zijn in de detentiesituatie de patiëntenrechten van kracht,⁴² d.w.z. dat instemming van de gedetineerde met een bepaalde medische behandeling (behalve de dwangbehandeling in bijzondere omstandigheden) noodzakelijk is, dat de arts de gedetineerde voldoende voorlichting moet geven en gegevens moet verstrekken, dat hij een dossier moet bijhouden dat in beginsel ter inzage van de betrokkene moet zijn, en dat slechts onder bepaalde voorwaarden inlichtingen aan derden mogen worden verstrekt. Vanwege de grote afhankelijkheidstoestand van de gedetineerde zal de inrichtingsarts het evenwel tot zijn verantwoordelijkheid moeten rekenen om gedetineerden die een voor hen noodzakelijke behandeling pertinent weigeren met zorg te omringen en eventueel alternatieve oplossingen te zoeken. Met behoud van het beroepsgeheim zou door de arts contact met de directeur kunnen worden gezocht. Deze is immers namens de staat verantwoordelijk voor de gezondheidstoestand van de door de staat ingesloten burgers. Het beroepsgeheim verzet zich ook niet tegen het geven van medische informatie over een gedetineerde aan niet-medische hulpverleners, zoals geestelijke verzorgers, psychologen e.d., voorzover deze personen betrokken zijn bij de actuele zorg- of hulpverlening (de zogenaamde functionele eenheid) en slechts voorzover de informatie in relatie tot de behandeling of begeleiding van de gedetineerde van belang is.

Ook voor gedetineerden is er de mogelijkheid om nadere informatie te verkrijgen over hun patiëntenrechten en over de wegen waarlangs zij deze kunnen effectueren alsmede om klachten daarover ter bemiddeling in te dienen, en wel bij de Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg en het daartoe behorende Landelijke Informatiepunt voor Patiënten.⁴³

40 Zie H. van de Klippe, *Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname*, diss. UvA, *Ars Aequi Libri* 1997, p. 80; zie ook J. Legemaate, *TvGR* 1996, p. 19-21.

41 *Rapport Zorg ingesloten*, ministerie van Justitie 1995, p. 8.

42 Zie de *Nota van Toelichting op de PM*, p. 15.

43 Zie het jaarverslag over 1996 van het Landelijke Informatiepunt voor Patiënten, Utrecht 1996.

Door de invoering van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector in 1995 zijn alle zorgaanbieders verplicht een klachtencommissie te hebben die klachten behandelt van patiënten en hun naasten.

1.6 De verzekeringspositie van de gedetineerde en de inrichtingsarbeid

1.6.1 Sociale verzekeringen en de detentie

Krachtens art. 35 lid 1 Sr komen de kosten van vrijheidsbenemende straffen, voorzover niet wettelijk anders is bepaald, ten laste van de Staat. Hetzelfde geldt uiteraard voor de voorlopige hechtenis en de terbeschikkingstelling (tbs).⁴⁴

In het concept-PM vindt men de bepaling van de oude Gevangenismaatregel (art. 48a) terug, luidende: Onverminderd het bepaalde bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) komen ten laste van de Staat de kosten van geneeskundige verzorging van de gedetineerde die in een inrichting gevangenisstraf of hechtenis ondergaat, voorzover de gedetineerde niet als verplicht verzekerde aanspraak kan maken op verstrekkingen krachtens de Ziekenfondswet.

Een identieke bepaling geldt overigens voor de tbs-gestelden (zie art. 79 lid 1 sub b Reglement verpleging ter beschikking gestelden).⁴⁵

De meeste sociale voorzieningen en verzekeringen zijn in zoverre op het strafrechtelijk systeem afgestemd, dat de desbetreffende uitkering wordt gestopt zodra de uitkeringsgerechtigde gedetineerd wordt,⁴⁶ doch dit geldt niet in alle gevallen.

Als iemand vóór de detentie in de zin van de Ziekenfondswet verplicht verzekerd was omdat hij werkte en in verband met zijn vrijheidsbeneming zijn werk heeft verloren, eindigt zijn verplichte verzekering. Ten aanzien van degene die een WW-, bijstands (RWW)-, IOAW- of IOAZ-uitkering genoot eindigt de verplichte verzekering eveneens door de detentie. De verplichte verzekering vanwege een AAW uitkering (vanwege arbeidsongeschiktheid van tenminste 45%) of een AWW-, AOW- en WAO-uitkering blijft evenwel, evenals de uitkering zelf, in stand.⁴⁷

Dit betekent dat de betrokkenen ook tijdens de detentie aanspraak kunnen

44 Zie art. 37e Sr.

45 Besluit van 22 mei 1997, Stb. 1997, 217.

46 G. de Jonge, *Strafwerk*, diss. Maastricht, *Papieren Tijger* 1994, p. 198.

47 *Bajesboek* (R. Verpalen en G. de Jonge red.), *Papieren Tijger* 1992, p. 154.

maken op verstrekkingen van de Ziekenfondswet. Doch in feite geniet iedere gedetineerde van Rijkswege een verzorging, die zich globaal genomen op het niveau van de ziekenfondsvoorziening bevindt.

1.6.2 Arbeidsongeschiktheid in en buiten de detentie

Een andere kwestie is wat de rechten van de gedetineerden zijn als zij om gezondheidsredenen niet in staat zijn tot het verrichten van de inrichtingsarbeid.

Gedetineerden die tot een vrijheidsstraf zijn veroordeeld hebben de verplichting om de hen door de directeur opgedragen arbeid te verrichten (art. 47 lid 3 PBW). Op de onveroordeelden rust (in verband met de *presumptio innocentiae*) een dergelijke wettelijke verplichting niet, doch ze hebben wel het recht om aan de in de inrichting beschikbare arbeid deel te nemen (art. 47 PBW). Dit laatste geldt natuurlijk ook voor de veroordeelden, die een arbeidsplicht hebben: als er te weinig arbeid te verrichten valt, bijvoorbeeld bij gebrek aan orders, dan moet alles in het werk worden gesteld om aan het recht op arbeid van de gedetineerden te voldoen. In ieder geval zal 80% van het arbeidsloon (inclusief toeslagen) aan werkgerechtigden moeten worden uitgekeerd, als de inrichting in de onmogelijkheid verkeert arbeid te bieden. Het volledige arbeidsloon bedraagt – afhankelijk van het soort inrichting – maximaal nog geen 10 gulden per dag (waarbij inrichtingen van langgestraften iets meer uitbetalen dan inrichtingen voor kortgestraften). Hiervan kunnen de gedetineerden o.a. hun periodieke aankopen van extra voeding en genotsmiddelen in de inrichtingswinkel bekostigen. In de praktijk wordt met onveroordeelden, die van hun recht op arbeid gebruik willen maken, door de directie een arbeidscontract gesloten. Dit contract wordt steeds voor een bepaalde termijn gesloten.

Zowel de werkplichtige veroordeelde als de onveroordeelde die een arbeidscontract heeft gesloten is disciplinair strafbaar als deze het opgedragen werk weigert te verrichten: in het eerste geval op grond van de schending van een wettelijke plicht, in het tweede geval wegens contractbreuk. Een en ander geldt als verstoring van een goede orde en tucht in de inrichting.⁴⁸

Voor de goede orde wordt hier nog eens benadrukt, dat de gevangenisarbeid – ook door de Europese rechtspraak – nimmer is aangemerkt als dwangarbeid, welke in art. 4 lid 2 EVRM is verboden.

48 BC 30 november 1995, Sa 1996, nr. 26 oordeelde dat het arbeidscontract met een gedetineerde in het hvb niet een contract naar burgerlijk recht is.

Anders ligt een en ander natuurlijk als de gedetineerde om gezondheidsredenen niet tot het verrichten van arbeid in staat is.

Vooropgesteld moet worden dat het feit dat iemand vóór zijn detentie (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt in de zin van de AAW en de WAO was niet hoeft te betekenen dat hij als gedetineerde ongeschikt is voor gevangenisarbeid: de arbeidsongeschiktheid is immers gerelateerd aan de arbeid die men in de vrije samenleving verrichtte, hetgeen in geen dele uitsluit dat men voor bepaalde inrichtingsarbeid zeer wel geschikt is.⁴⁹ Wel wordt het dan wenselijk geacht dat overleg plaats vindt tussen de inrichtingsarts en de verzekeringsgeneeskundige danwel de Gemeenschappelijke Medische Dienst alvorens aan een arbeidsongeschikte gedetineerde inrichtingsarbeid wordt opgedragen.

Overigens bepaalt de Ziektewet (art. 42 lid 1) dat geen ziekengeld wordt betaald aan degene die in een penitentiaire inrichting wordt gedetineerd en die reeds vóór zijn detentie ziekengeld genoot. Wel kan door de uitkeringsinstantie (de bedrijfsvereniging) het ziekengeld worden uitbetaald aan het gezin van de gedetineerde als hij daarvan kostwinner was. Als de betrokkene vrijgezel is zal hij na de detentie alsnog in het genot worden gesteld van het (tijdens de detentie opgeschorte) ziekengeld.⁵⁰ Ook voor degene die ziekengeld genoot vóór de detentie geldt dat hij niet louter op grond daarvan ongeschikt voor de inrichtingsarbeid moet worden beschouwd.

Wordt een gedetineerde tijdens de detentie ziek of raakt hij gewond door een ongeval (bijvoorbeeld bij het werk of bij de sport) dan geldt een ingewikkelde regeling. Het oordeel dat de gedetineerde wegens ziekte of vanwege een ongeval niet tot werken in staat is moet door de inrichtingsarts worden gegeven. In dat geval krijgt de zieke gedetineerde ziekengeld doorbetaald. Dit bedraagt 80% van het wegens verrichte arbeid laatstelijk toegekende loon inclusief eventuele toeslagen.⁵¹ De Ziektewet, de WAO en de AAW zijn (afgezien van de zeldzame gevallen waarin een gedetineerde een beroep kan doen op de 'nawerking' van deze wetten) niet van toepassing op gedetineerden die tijdens hun detentie arbeidsongeschikt worden.⁵² Overkomt een

49 Zie circulaire van 7 januari 1981, nr. 845/380, PI 1981, nr. 15; zie ook BC 16 februari 1980, A 100/79, PI 1980, nr. 49 en BC 28 mei 1991, A 41/91.

50 Zie circulaire van 2 maart 1982, nr. 87/382, PI 1982, nr. 41.

51 Zo luidt ook de nieuwe interim-regeling Gedetineerdenbeloning Werkzame Detentie van 11 maart 1996 (nr. 545368/96/DJI), Sa 1996, nr. 35. Deze regeling vervangt de Loonregeling (van 1948) in inrichtingen waar méér gewerkt wordt dan 20 uur per week.

52 G. de Jonge, *Strafwerk*, p. 79.

gedetineerde een bedrijfsongeval dan is de directie als deze geen onzorgvuldigheid kan worden verweten niet aansprakelijk te stellen voor de uit het ongeval voortvloeiende schade, zo heeft de Beroepscommissie geoordeeld: de staat is daarvoor niet verzekerd.⁵³ In het desbetreffende geval had evenwel de directeur zich – onverplicht – bereid verklaard de gedetineerde, die hoewel hij een gediplomeerd en geroutineerd houtbewerker was een deel van zijn wijsvinger was verloren, een financiële tegemoetkoming te geven. Het zat de gedetineerde hoog dat hij als hem een dergelijk ongeval buiten de inrichting zou zijn overkomen wel verzekerd zou zijn geweest.

Alleen de gedetineerde die bij binnenkomst in het hvb opgeeft niet bereid te zijn om arbeid te verrichten (waartoe hij immers het recht heeft) heeft vervolgens geen recht op loon of in geval van ziekte op ziekingeld. Dit laatste blijft gelden ondanks het feit dat de betrokkene in de vrije maatschappij een uitkering krachtens de WAO ontvangt. Wij zagen immers dat het genieten van WAO niet per definitie ongeschiktheid voor de inrichtingsarbeid meebrengt. De betrokkene moet dan ook, zo heeft de Beroepscommissie beslist, om voor ziekingeld in aanmerking te kunnen komen bij zijn binnenkomst wel de bereidheid tot het verrichten van arbeid uitspreken, maar vervolgens door de inrichtingsarts een onderzoek naar zijn arbeidsgeschiktheid laten instellen.⁵⁴ Wordt de gedetineerde bij binnenkomst inderdaad arbeidsongeschikt verklaard dan ontvangt hij ziekingeld ter hoogte van 80% van het basisloon (loon zonder toeslagen). Hetzelfde gebeurt als er voor de binnenkomende werkwillige gedetineerde geen arbeid beschikbaar is.⁵⁵

De gedetineerde die zich 's ochtends ziek meldt of om andere redenen niet tijdig is opgestaan kan door de directeur de desbetreffende dag uitgesloten worden van de arbeid op de arbeidszaal.⁵⁶ Dit middel is in beginsel bedoeld tegen simulanten en langslapers, die aldus op voorhand als werkweigeraars worden gestraft. Deze categorieën kunnen echter al disciplinair worden gestraft wegens te laat opstaan op zichzelf.

Wordt de gedetineerde, die zich ziek gemeld heeft, door de arts vervolgens toch arbeidsgeschikt verklaard, dan mag hij niet op grond daarvan disciplinair worden gestraft, maar pas als hij een daarna door de directeur gegeven opdracht om alsnog aan de arbeid deel te nemen zou weigeren op te volgen. Voorkomen moet nl. worden dat een gedetineerde uit vrees voor

53 BC 30 november 1995, A 93/346, Sa 1996, nr. 51.

54 BC 15 november 1996, A 96/130, Sa 1997, nr. 15.

55 Zie de interimregeling Gedetineerdenbeloning Werkzame Detentie.

56 Zie art. 27a (III) hr (hvb's), dat in 1985 werd ingevoegd.

een disciplinaire straf ervan zou worden weerhouden om zich met medische klachten tot de arts te wenden. Aldus heeft de Beroepscommissie terecht geoordeeld.⁵⁷

Als er verschillende soorten arbeid in voldoende mate ter beschikking zijn, kan de gedetineerde kiezen. Daarbij kunnen eventueel ook de achtergronden van de betrokkene een rol spelen. Zo besliste de Beroepscommissie eens, dat een gedetineerde hotelhouder tegemoet moest worden gekomen in diens verzoek van arbeidsplaats te wisselen, nl. te worden geplaatst van de houtzagerij naar de plantenkwekerij, als daartegen geen bezwaren bestonden en er voor hem plaats was.⁵⁸ Het lijkt me voor de hand liggend dat de gezondheidstoestand van de gedetineerde evenzeer een valabele achtergrond van diens voorkeur voor een bepaalde arbeidssoort kan zijn. Zo zou ik me bijvoorbeeld kunnen voorstellen dat in verband met een speciale allergie van de gedetineerde deze liever niet werkt op een afdeling waar kussens met pluizige vlokken moeten worden gevuld. Het ligt in de rede dat zonodig de inrichtingsarts daartoe een attest afgeeft.

1.6.3 Het arbeidsomstandighedenrecht

Tenslotte is het van belang dat sinds 1990 het Arbeidsomstandighedenbesluit Justitiële Rijksinrichtingen van kracht is, terwijl tevens de Arbo-wet in alle inrichtingen als bedoeld in de PBW van toepassing werd. Deze wet beoogt de veiligheid, de gezondheid en het welzijn op het werk te bevorderen. Het Arbeidsomstandighedenbesluit Justitiële Rijksinrichtingen is toegesneden op de zeer specifieke situatie in de inrichtingen, zodat vaak een redelijke afweging tussen de belangen van het op orde en veiligheid gerichte beheer van de inrichting en van de eisen die uit oogpunt van arbeidsveiligheid worden gesteld zal dienen plaats te vinden.⁵⁹

Het is de vraag in hoeverre het arbeidsomstandighedenrecht onverkort in de inrichtingen van toepassing is. Deze vraag heeft zich inmiddels enkele malen in concreto voorgedaan. Een gedetineerde, die twijfels had over de veiligheid van een machine (voor houtbewerking) waarmee hij op de arbeidszaal moest werken, had geweigerd het werk te continueren ondanks een bevel van de werkmeester. Zijn twijfels waren gebaseerd op het feit dat een

57 BC 22 maart 1996, A 96/40, PI 1996, nr. 55.

58 BC 25 februari 1988, A 148/47, PI 1988, nr. 45.

59 Zie circulaire van 9 november 1990, nr. 34658 DJ 90, Sa 1990, nr. 78 en circulaire van 12 december 1990, nr. 38100 DJ 90, Sa 1991, nr. 14.

knop van de machine met plakband was vastgezet, hoewel de werkmeester meermalen had gedemonstreerd hoe de machine zonder risico's kon worden gehanteerd. Nu hij het bevel van de werkmeester geweigerd had op te volgen was hij disciplinair gestraft niettegenstaande het feit dat buiten de inrichting op grond van de Arbeidsomstandighedenwet het recht tot werkonderbreking wel bestaat als er 'naar het redelijk oordeel' van de werknemer gevaar voor personen c.q. zijn persoon dreigt. Deze disciplinaire bestraffing werd door de Beroepscommissie echter niet onredelijk geacht.⁶⁰

Maar in een volgend geval van werkweigering heeft de Beroepscommissie de Arbeidsomstandighedenwetgeving wél toegepast. Een gedetineerde had uit vrees voor gevaar geweigerd een houtbewerkingsmachine te hanteren, hoewel hij enige opleiding daartoe had genoten en deze machine bovendien eerder had gebruikt voor het produceren van een meubelstuk ten eigen behoeve. Dit was de belangrijkste achtergrond om hem een disciplinaire straf op te leggen wegens werkweigering. Thans werd door de Beroepscommissie uitdrukkelijk erkend dat art. 38 Arbo-wet krachtens het Arbeidsomstandighedenbesluit Justitiële Rijksinrichtingen (art. 12) op door gedetineerden verrichte arbeid van toepassing is.⁶¹

Met andere woorden de gedetineerde 'werknemer' heeft het recht het werk te onderbreken indien en zolang er naar zijn redelijk oordeel zo'n onmiddellijk gevaar voor personen c.q. zijn persoon dreigt, dat een onderzoek van de arbeidsinspectie niet kan worden afgewacht. Dit gevaar, zo stelt de Beroepscommissie, moet tijdens het werk zijn geconstateerd: het werk mag niet reeds bij voorbaat worden geweigerd uit vrees voor de onveiligheid van de machine zonder dat daarvoor feitelijke gronden bestaan. Dit laatste lijkt in de ogen van de annotator G. de Jonge een te beperkte uitleg van art. 38 Arbo-wet.

Een andere vraag is of de beklag- en beroepsrechter wel de aangewezen instantie is om eventuele schadeclaims ingeval er een bedrijfsongeval plaats vindt te berechten. Dit laatste was aan de orde in een onder 1.6.2 genoemde zaak, waarover de Beroepscommissie zich heeft uitgesproken.⁶² Het zou in de rede hebben gelegen dat de beklag- en beroepscommissie, het ging om een schade die voortvloeide uit een onrechtmatige daad, zich onbevoegd

60 BC 2 mei 1995, A 95/21, Sa 1995, nr. 40, m.n. G. de Jonge.

61 BC 15 februari 1996, A 95/569, Sa 1996, nr. 52; m.n. G. de Jonge.

62 BC 30 november 1995, A 95/346, Sa 1996, nr. 51, zie noot 48.

zouden hebben verklaard en de schadeclaim naar de burgerlijke rechter zouden hebben verwezen.

Door De Jonge is er terecht voor gewaarschuwd, dat bij een voortschrijdende invoering van meer arbeid in het kader van de nota 'Werkzame Detentie' er een navenant toenemende kans is op arbeidsongevallen, zodat het tijd wordt voor een specifieke regeling voor dit soort gevallen.⁶³

1.7 De inrichtingspopulatie en zijn specifieke situatie

Al eerder werden hier en daar de specifieke karaktertrekken van de penitentiaire inrichting aangestipt, die van belang zijn voor de medische verzorging.

In de eerste plaats betekent een situatie van fundamentele onvrijheid, die de detentiesituatie uit zijn aard is, dat vormen van 'structureel geweld' op de individu worden toegepast, zowel in fysieke⁶⁴ als in psychische zin. Het algehele welzijn van de gedetineerde wordt kortom ernstig aangetast. Men ontbeert, vooral in de gesloten inrichtingen de frisse lucht (afgezien van het dagelijks verblijf in de frisse lucht gedurende tenminste een uur per dag, hetgeen minimaal is gegarandeerd door art. 49 lid 3 PBW), men is aangewezen op het kwalitatief veelal bescheiden inrichtingsvoedsel, men beweegt zich te weinig (sport kan alleen op bepaalde en afgemeten tijden worden beoefend), het seksuele leven wordt ernstig verstoord (waaraan slechts in zeer beperkte mate tegemoet kan worden gekomen),⁶⁵ men is niet vrij op eigen gekozen tijdstippen recreatie of contacten met anderen te hebben, de privacy is in vele opzichten beknot, kortom in een zodanig regime *wordt*

63 Zie Sancties 1996, nr. 52 (p. 250/251).

64 Aan de vrijheidsstraf kan wel degelijk een aantal elementen van lijfstrafelijke aard worden onderkend, zie mijn bijdrage aan de bundel: De vrijheidsstraf, Gouda Quint 1986, p. 13-17.

65 Alleen in gesloten gevangenissen voor langgestraften bestaat de mogelijkheid om hooguit éénmaal per maand bezoek geheel zonder toezicht te ontvangen: zowel de gedetineerde als de bezoeker moeten daartoe een verzoek indienen. Het gaat daarbij om een ongestoorde en strikt persoonlijke wijze van bezoek ontvangen in een speciale ruimte met een bed, zodat ook seksueel contact tot de mogelijkheden behoort. Eventueel kan een gedetineerde in het hvb een bezoek zonder toezicht aanvragen, mits hij daartoe voldoende bijzondere omstandigheden kan aanvoeren: alleen een beroep doen op art. 8 EVRM is ontoereikend (BC 27 augustus 1990, A 135/90, Sa 1991, nr. 8). In Frankrijk zijn door de Franse afdeling van International Prison Watch onlangs vergaande voorstellen gedaan om het recht op intimiteit voor veroordeelden te erkennen, inhoudende dat dezen gedurende 8 à 72 uur intieme contacten zouden dienen te kunnen hebben met familieleden (zie Le Monde van 5 december 1997, p. 10).

men voor een groot deel door anderen geleefd en is er nauwelijks of geen variatie of afwisseling, die het leven enige geur en kleur geeft. In de theorie van de totale institutie wordt in dit verband gesproken van 'mortificatieverschijnselen', die het ego, de eigen identiteit van de geïnstitutionaliseerden ernstig aantasten.⁶⁶ De vrijheidsstraf is terecht een 'totale sanctie' genoemd.⁶⁷ De betrokkenen ondergaan dan ook niet zelden fysieke veranderingen: men vermagert of wordt juist vadsig, men krijgt last van hoofdpijn of van andere psychosomatische verschijnselen, die voortkomen uit de vele frustraties over de detentie en/of de strafzaak zelf. Dit kan zelfs zover gaan, dat men aandacht vraagt door soms forse voorwerpen (bijv. bestek) in te slikken of door een meer directe vorm van suicide-poging te doen. In de inrichtingen wordt niet zonder reden een immens beroep gedaan op allerhande pijnstillende middelen en tranquillizers.⁶⁸

De criminoloog Nagel noemde de vrijheidsstraf een 'slaapkuur'. Ook de enorme behoefte aan drugs, voorzover het gebruik daarvan niet al vóór de detentie het geval was, is aldus verklaarbaar. Vaststaat in ieder geval dat zeer vele gedetineerden bij binnenkomst drugsverslaafd zijn.

De cliënten bevinden zich in een onnatuurlijke situatie die hen weinig gezondheid brengt en hen verdooft, vaak lastiger maakt (querulantisme is daar een bekend verschijnsel) en soms zelfs 'gek' maakt. Het op zichzelf teruggeworpen zijn maakt, dat men z'n eigen kwalen in een schaalvergroting ervaart en er niet zelden in sterke mate door gepreoccupeerd raakt. Trouwens ook in vele andere opzichten worden muggen al snel tot olifanten. En dan is in de loop der jaren het aantal – ook ernstig – psychisch gestoorden evenals het aantal drugsverslaafden onder de gedetineerdenbevolking aanzienlijk toegenomen. Al deze specifieke omstandigheden en ontwikkelingen zijn mede bepalend voor het medisch handelen.

Doch afgezien daarvan is de gemiddelde inrichtingspopulatie doorgaans afkomstig uit de minder bevoorrechte lagen van de bevolking, hetgeen zijn neerslag blijkt te hebben in een relatief ongunstige gezondheidstoestand reeds bij binnenkomst in de inrichting. Vaak zijn hieraan slechte leef- en voedings-

66 Zie E. Goffman, *Totale instituties*, Universitaire Pers Rotterdam 1975.

67 A. Neys, in: *Tralies in de weg* (A. Neys, T. Peters e.a. eds.), Universitaire Pers Leuven 1994, p. 180.

68 Opvallend is, dat dit eens door een oud-gevangenisdirecteur werd ontkend; het zou evenwel kunnen zijn dat zich dit verschijnsel voornamelijk voordoet in de hvb's waar men juist in de meest kritieke en spannende fase van het strafproces verblijft en waar veel stress heerst vanwege de recente drastische wijziging der leefomstandigheden; bovendien zijn de regimes in de gevangenissen in het algemeen wat ruimer.

gewoonten debet, welke trouwens tijdens de detentie plegen te worden gecontinueerd. Zo wordt bijvoorbeeld veel snoep in de inrichtingswinkel gekocht en ook veel conservenblikjes ter vervanging van de inrichtingsmaaltijd die men niet lust. Het betreft hier een internationaal bekend verschijnsel.⁶⁹ Bij dit alles komt nog de aanwezigheid van een tamelijk groot aantal buitenlanders en etnische minderheden, vooral in bepaalde inrichtingen, die hun eigen gewoonten en behoeften hebben.⁷⁰ Een en ander leidt er toe dat een belangrijk deel van de gedetineerden daadwerkelijk extra zorg van de medische dienst behoeven.⁷¹ Maar daarnaast is niet onbelangrijk wat gedetineerden van de medische dienst verwachten. Bij tijd en wijle zijn conflicten tussen gedetineerden en de medische dienst niet te vermijden, met name als de inrichtingsarts niet beantwoordt aan de verwachtingen welke men ontleent aan het beeld dat men zegt van zijn eigen (huis)arts gewend te zijn. De inrichtingsarts verkeert in de ondankbare positie, dat zijn (be)handelwijze altijd wordt vergeleken met die van zijn collegae elders. Soms zijn de aantijgingen ook niet van de lucht. Daarbij komt dat met name jongere gedetineerden vaak 'hun lichaam slecht kennen', zoals ik een penitentiaire inrichtingswerker eens hoorde zeggen.

De grote ontevredenheid van veel gedetineerden en de explosieve neigingen die een aantal hunner aan de dag pleegt te leggen zullen vermoedelijk tot de belangrijkste achtergronden behoren van het feit dat onder de penitentiaire inrichtingswerkers de stress en het ziekteverzuim bij tijd en wijle relatief groot zijn. Deze laatsten moeten zich veel onaangename woorden, al dan niet direct tot hen gericht, laten welgevallen, terwijl hun positie hen weinig autonomie en weinig duidelijkheid blijkt te bieden.⁷² Zij nemen in veel gevallen dan ook een enigszins cynische, d.w.z. harde en onverschillige houding aan,⁷³ nu zij weinig positief resultaat van hun werk, in de zin van resocialisatie, zien en een tamelijk negatief mensbeeld van de door hen als moeilijk ervaren gedetineerden hebben. Ook beschikken zij vanwege de krappe formatieberekeningen van tegenwoordig, anders dan vroeger, over weinig of geen tijdsruimte meer voor tussentijdse geruststellende gesprekken

69 T.W. Harding, *La Santé en milieu carcéral*, in: *Bulletin d'information pénitentiaire*, Conseil de l'Europe, décembre 1987, p. 10-12.

70 Zie hierover: G.C. van Immerzeel en A.C. Berghuis, *Leden van etnische minderheden in detentie*, WODC-rapport nr. 40, 1983, en M.J.M. Brand-Koolen, *Allochtonen in detentie*, WODC-rapport 1985.

71 Aldus het rapport *Zorg ingesloten*, p. 7.

72 M. Kommer, *De gevangenis als werkplek*, diss. UU, Gouda Quint 1991, p. 311.

73 M. Kommer, op. cit., p. 313.

met gedetineerden die daaraan behoefte hebben. Hun werk verrichten zij dan ook veelal onder een permanente spanning en druk. Overigens lijkt dit internationaal een bekend verschijnsel te zijn.⁷⁴

Deze ontwikkeling heeft ook de relatie tussen de penitentiair inrichtingswerker en de gedetineerde sterk veranderd: de aloude, enigszins goedmoedige bewaarder is veel afstandelijker geworden en treedt meer als controleur dan als bejegenaar op. Deze enorme verschraving der onderlinge verhoudingen tussen personeelsleden en gedetineerden is bepaald niet bevorderlijk voor het welzijn van de gedetineerden, al staat daar tegenover dat er her en der betere recreatieve voorzieningen zijn gekomen. Een en ander heeft hoe dan ook tot gevolg dat de dagelijkse onlustgevoelens der gedetineerden niet meer zo snel en intensief als in vroeger tijden ter plaatse kunnen worden ondervangen, hetgeen z'n uitstraling op fysieke klachten kan hebben.

74 S. de Valck, in: *Tralies in de weg*, (A. Neys, T. Peters e.a. eds.), p. 227 e.v.

2 De medische dienst

2.1 De omvang en samenstelling van de medische diensten

Iedere inrichting heeft een medische dienst, bestaande uit één of meer part-time artsen (de verhouding is 1 full-time arts per 300 gedetineerden) die worden bijgestaan door verpleegkundigen (met een verhouding van 1 verpleegkundige per 50 gedetineerden). Per inrichting of complex van units (die in feite als aparte inrichtingen zijn gebouwd) fungeert er één arts als hoofd van de medische dienst. In den lande zijn er thans circa 85 part-time artsen en circa 300 verpleegkundigen (van wie 260 full-time en 40 part-time) in de inrichtingen werkzaam. Het gaat om gekwalificeerde verpleegkundigen, hetgeen in sommige landen anders is. Zo heb ik in 1993 geconstateerd dat gevangenisartsen in de Ierse Republiek worden geassisteerd door 'prison officers' met een speciale opleiding van 6 weken.¹ Deze vervangen verpleegkundigen en beheerden zelfs de medicijnkasten in de inrichting. En in het Verenigd Koninkrijk werd gebruik gemaakt van zogeheten 'health care officers' met een training van 6 maanden, welke overigens door de CPT reeds in 1991 onvoldoende is geoordeeld.²

Voorts is in iedere inrichting een *tandheelkundige* installatie aanwezig. Op vaste tijden verleent een tandarts voornamelijk eerste-hulp-diensten bij acute of sub-acute pijnklachten.

De inrichtingen hebben verder hun eigen interne *apotheek*: de medicijnen zijn opgeslagen in gesloten kasten bij de medische dienst en worden verschaft door lokale apotheken. Betreffende de bewaring en de bevoorradiging van medicijnen, in het bijzonder Opiumwetmedicijnen, en de medicatiebereiding door de medische dienst zijn regels neergelegd in een circulaire.³

1 In 1994 heb ik als lid van de Study Group Organisation of Health Care of Prisoners rapport uitgebracht aan de Raad van Europa over de medische verzorging van gedetineerden in Groot-Brittannië, Ierland, België, Luxemburg en Nederland op grond van in 1993 ter plaatse gedane waarnemingen en gevoerde gesprekken.

2 The report of the CPT, Straatsburg 26 november 1991.

3 Circulaire Verstrekking van medicijnen van 29 augustus 1990, 23627 DJ 90.

2.2 *De verantwoordelijkheden van de medische dienst*

In de inrichtingsorganisatie is de medische dienst een van de hulpverlenende diensten, die vanwege hun professionele karakter een hoge mate van autonomie bezitten. Hetzelfde geldt voor de dienst van de psycholoog, de maatschappelijk werker, de geestelijk verzorger en andere functionarissen die ten aanzien van de gedetineerden een professionele vertrouwensrelatie hebben. Een en ander komt o.a. tot uiting in de mate waarin de medische dienst informatie mag verstrekken aan directie-functionarissen, die daarom vragen. Hier wreekt zich het feit dat de medische dienst is geïncorporeerd in het geheel van de inrichtingsorganisatie. Zoals reeds onder 1.3.1 bleek is er echter in zoverre wèl van een ondergeschiktheid van de medische dienst aan de inrichtingsdirectie sprake dat de directie de verantwoordelijkheid draagt:

- a voor de in de wet neergelegde zorgplicht dat in alle gevallen een behoorlijke medische verzorging aan de gedetineerden wordt verstrekt,
- b dat de arts en de verpleger(s) zich aan hun onderlinge taakverdeling houden en,
- c dat de aansluiting met externe medische instanties of medici correct verloopt.

De directie kan in het kader van zijn eigen verantwoordelijkheid de arts dan ook bepaalde opdrachten geven. Het in 1977 in werking getreden beklag- en beroepsrecht voor gedetineerden heeft gaandeweg een aantal belangrijke uitspraken opgeleverd betreffende de verdeling der verantwoordelijkheden, zowel tussen de directie en de medische dienst als binnen de organisatie van de medische dienst zelf. De beklag- en beroepsrechtspraak mag zich uiteraard nimmer met de inhoud van het medisch handelen bemoeien: klachten die rechtstreeks tegen het medisch handelen zelf zijn gericht moeten niet-ontvankelijk worden verklaard. Het beklagrecht beperkt zich nl. tot beslissingen die door of vanwege de directie zijn gegeven (art. 60 lid 1 PBW). Ter uitvoering van art. 42 lid 5 PBW is thans een specifieke klachtprocedure betreffende medische beslissingen bij een centrale gespecialiseerde commissie geconcipieerd (zie 3.3.2), terwijl voorts de medische tuchtrechter kan worden ingeschakeld (zie 3.2.3).

De eerste uitspraak (1980) betreffende de verdeling van verantwoordelijkheden⁴ betref een geval, waarin door de inrichtingsarts verschillende malen vergeefs was geprobeerd een bepaalde gedetineerde voor een specialis-

4 BC 14 oktober 1980, A 20/80.

tische behandeling in een ziekenhuis elders opgenomen te krijgen (betrokkene was door een medegedetineerde in een vinger gebeten, die vervolgens gevaarlijk was gaan zweren). De Beroepscommissie (BC) besliste dat de directeur op grond van diens wettelijke beheerstaak zich (door de arts) had moeten doen informeren en handelend had moeten optreden in de zin van *het ontplooiën van initiatieven* op het moment dat de inrichtingsarts er niet in slaagde deze hoogst noodzakelijke opname te realiseren. Hierbij kwam nog dat de betreffende gedetineerde dagenlang luid had gegild van de pijn en zich zelfs gedurende de nacht had laten isoleren 'omdat hij niet meer voor zichzelf instond'. Het tragische gevolg van dit alles was tenslotte dat de gedetineerde te laat in het ziekenhuis terecht kwam zodat de top van zijn vinger moest worden geamputeerd. De BC achtte het nalaten van initiatieven van de kant van de directie, gezien alle ook aan deze bekende omstandigheden, onredelijk. Aldus werd beslist ondanks de (verzachtende) omstandigheid dat de directeur toenmaals in de mening kon verkeren (en ook verkeerde) dat het *gehele* medische beleid aan de inrichtingsarts was gedelegeerd, hetgeen tot toen inderdaad gebruikelijk was geweest. Deze uitspraak heeft geleid tot een wijziging van het huishoudelijk reglement.⁵ Een saillant detail in deze zaak is nog, dat bij de behandeling van de klacht het desbetreffende ziekenhuis weigerde aan de beklagcommissie enige nadere inlichting te verschaffen, zodat het deze in feite onmogelijk werd gemaakt zich een redelijk oordeel te vormen omtrent de communicatie tussen de inrichtingsarts en het ziekenhuis. De beklag- en beroepsrechter missen echter iedere bevoegdheid om wie dan ook, laat staan van buiten de inrichting, tot enige toelichting of getuigenis te *dwingen*. Wel kunnen getuigen worden gehoord, indien deze zelf daarmee instemmen, hetgeen in de praktijk zeker gebeurt. Ook de inschakeling van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg leverde in casu niets op.

Een volgende beslissing van de BC schoof wederom een verantwoordelijkheid met betrekking tot de medische dienst toe aan de directeur. Het ging i.c. primair om de interne organisatie van de medische dienst, met name om de verhouding tussen de competenties van de medicus en verpleger(s). Uit de uitspraak van de BC⁶ is af te leiden dat de directie er zorg voor dient te

5 Art. 30(II) hr (hvb's) luidt sedert 1983: 'Zonder dat daarmee afbreuk wordt gedaan aan de eigen verantwoordelijkheid van de directeur () is de geneeskundige verzorging in handen van de aan de inrichting verbonden arts.' Een dergelijke wettelijke regel is in de PBW niet meer te vinden, nu zich in dezen een dienovereenkomstige praktijk alom heeft gevestigd.

6 BC 30 september 1980, A 73/80, PI 1981, nr. 8, m.n. C. Kelk.

dragen dat interne communicatiestoornissen tussen verpleger(s) en arts, die immers de taak van de medische controle heeft, worden vermeden, zodat ook een onzorgvuldige behandeling kan worden voorkomen.

Naderhand zijn de verantwoordelijkheden met betrekking tot de medische verzorging nog eens door de BC⁷ gepreciseerd en wel in die zin, dat: 'het de verantwoordelijkheid van de directeur (is) dat een gedetineerde die in de inrichting verblijft toegang heeft tot de medische zorg en, zo daarvan de noodzaak is gebleken, tot (een bepaalde) medische behandeling', terwijl het besluit om tot behandeling over te gaan 'wordt genomen binnen de relatie inrichtingsarts-patiënt. Noch bij de besluitvorming om te behandelen, noch bij de informatie (voorlichting) van de gedetineerde omtrent zijn gezondheidstoestand, is ruimte voor inmenging door de directeur (), daar het hier strikt medisch handelen binnen de vertrouwelijke relatie (inrichtings)arts en (gedetineerde) patiënt betreft'. De klager had zich in casu onder andere beklaagd over het achterwege blijven van medische behandeling, terwijl hij tijdens zijn detentie reeds viermaal in het ziekenhuis bleek te zijn opgenomen geweest en onder controle van tal van specialisten bleek te hebben gestaan.

Indien een gedetineerde naar een arts vraagt buiten de vastgestelde spreekuren, bijv. in het weekend, zal de directeur de noodzaak daarvan moeten onderzoeken en kan deze alleen in geval van een evident onredelijk verzoek ervan afzien de arts onmiddellijk daarvan te (doen) verwittigen. Geen twijfel mogelijk is er natuurlijk als het gaat om een hoogzwangere gedetineerde die in het weekend herhaaldelijk om een arts vraagt.⁸

De wijze waarop de medicus zich van zijn professionele taak kwijt, dus het *strikt medisch handelen*, onttrekt zich echter wèl aan het oordeel van de directeur. In deze lijn besliste de BC⁹ dat de weigering door de medische dienst op medische gronden om een gedetineerde de ten behoeve van hem bij de inrichting bezorgde medicijnen uit te reiken, niet als een directiebeslissing was aan te merken: in deze heeft de inrichtingsarts zijn eigen verantwoordelijkheid. Hooguit is hij daarvoor verantwoording schuldig aan de Medisch Adviseur van het ministerie van Justitie, aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg of aan het Medisch Tuchtcollege. Hetzelfde geldt voor de wijze, waarop door verplegers de selectie voor het spreekuur van de arts wordt verricht, indien zich op een bepaalde dag onverhoopt meer gegadigden

7 BC 19 mei 1988, A 160/87, PI 1988, nr. 70.

8 Zie Rapport N.o. 95/334.

9 BC 18 maart 1986, A 241/85, PI 1986, nr. 57.

daarvoor hebben gemeld dan de arts in de hem ter beschikking staande spreekuurtijd kan ontvangen. Hierop wordt onder 2.3.2 teruggekomen.

De directeur dient in ieder geval toe te zien op *het feit dat* de medicus immer daden van controle op het werk van de verpleger(s) stelt. Het lijkt me dan ook voor de hand te liggen, dat bij een kennelijke fout of vergissing van de medicus er wel degelijk voor de directie een taak tot ingrijpen is weggelegd, zoals het verzoeken van de inrichtingsarts om een gedetineerde, die eerder is onderzocht door een verpleger, alsnog zelf te onderzoeken e.d. Een en ander impliceert, dat de medische dienst niet zelfstandig beslissingen kan nemen, waarbij wordt afgeweken van rechten van gedetineerden, doch uitsluitend als *mandataris* van (d.w.z. in naam van) de directie. In beginsel is hiervan alleen het strikt medisch handelen uitgezonderd. De directie op haar beurt mag echter niet uitgaan van een blindelinge delegatie van alle professionele macht aan de desbetreffende dienst, doch houdt haar eindverantwoordelijkheid voor het functioneren daarvan, en moet uit dien hoofde zelf initiatieven nemen als er kennelijk iets mis gaat of dreigt te gaan. Zo had de directeur ten aanzien van een vrouwelijke gedetineerde, die zich vergeefs tot de inrichtingsarts had gewend met het verzoek haar naar een huidarts te verwijzen en die zichtbaar aan een zich verergerende huidaandoening in het gezicht leed, op haar meermalen herhaalde verzoek om de beschikking te krijgen over een gezichtscreme, die haar bij binnenkomst was ontnomen, positief moeten beschikken.¹⁰

Een en ander betekent, dat de communicatie tussen directie en medische dienst steeds voorwerp van aller aandacht moet zijn. Zó alleen kan aan de gedetineerde een alleszins zorgvuldige geneeskundige verzorging, waarop hij recht heeft, worden gewaarborgd.

2.3 *De inrichting en de werkwijze van de medische dienst*

2.3.1 *De presentie van de medische dienst*

De medische dienst beschikt over een spreek- en behandelruimte, welke veelal is gelokaliseerd in de afdeling waar ook andere hulpverleners hun spreekkamers hebben. Aansluitend bevindt zich aldaar meestal de behandelkamer van de tandarts.

De medische dienst houdt dagelijks spreekuur. De arts is daartoe elke dag

10 BC 16 april 1990, A 22/90, Sa 1992, nr. 27.

enige uren (afhankelijk van zijn contract) in de inrichting aanwezig, terwijl de verpleegkundige(n) meestal tussen 8 en 17 uur aanwezig zijn. De rest van de uren is de arts of diens vervanger het gehele etmaal bereikbaar en eventueel oproepbaar, ook gedurende het weekeinde, hetgeen eveneens voor de verpleegkundige(n) geldt. Met de voortschrijding van de technische mogelijkheden is de oproepbaarheid enorm in efficiency en snelheid toegenomen.

De presentie en de bereikbaarheid van de inrichtingsarts is in het algemeen niet geheel onomstreden. Het rapport 'Zorg ingesloten' van de door de minister van Justitie in 1995 ingestelde werkgroep signaleert dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de arts of zijn vervanger/waarnemer soms (met name in het weekend) 'te wensen overlaat' (p. 19). Beyaert gaat in zijn reactie hierop nog veel verder en stelt dat het hem bekend is dat veel inrichtingsartsen 'nauwelijks de overeengekomen en betaalde uren metterdaad op het werk, de penitentiaire inrichting, doorbrengen' en dat de directeur daarop te weinig toeziet.¹¹ Daartegen is ingebracht dat de inrichtingsarts 7 x 24 uur per week medische zorg moet verlenen en dat die verantwoordelijkheid zo zwaar weegt dat het alleszins redelijk is de arts te honoreren op basis van het dubbele aantal uren van het aantal dat hij daadwerkelijk in de inrichting aanwezig is.¹² Deze gang van zaken is inderdaad alom aanvaard. Blijft staan dat de bereikbaarheid gedurende de overige uren ook onder directeuren nog wel eens voorwerp van kritiek is. De arts is dus part-time en de verpleegkundigen zijn in beginsel full-time in dienst, hoewel op dit laatste ook uitzonderingen bestaan. De verpleegkundige is geheel en al onder de verantwoordelijkheid van de arts werkzaam. Zijn er meer artsen, dan is één hunner het hoofd van de medische dienst.

2.3.2 Het spreekuur en de selectie daarvoor

De gedetineerde die naar het medisch spreekuur wil gaan moet zich daarvoor opgeven door een verzoekbriefje in te vullen. Het bewarend personeel (de piw-ers) moet een dergelijk verzoekbriefje voor het spreekuur van de (tand)arts te allen tijde in ontvangst nemen en mag dit niet uitstellen tot een later tijdstip.¹³ Het ligt in de rede dat de gedetineerde voor het eerst daaropvolgende spreekuur wordt opgeroepen. Wie te ziek is om daarheen te gaan zal in de cel moeten worden bezocht, eerst door de verpleegkundige en

11 F.H.L. Beyaert, in: Sancties 1996, p. 68.

12 Th.J. de Man, in: Sancties 1996, p. 234-235.

13 BC 9 februari 1996, A 95/641, Sa 1996, nr. 53.

vervolgens door de arts of bij urgentie onmiddellijk door de arts. Het bewarend personeel is verplicht aan het uitdrukkelijk verzoek van de gedetineerde om een lid van de medische dienst op te roepen te voldoen.¹⁴

Het is mij als lid van de CRS tijdens werkbezoeken aan penitentiaire inrichtingen meer dan eens opgevallen dat gedetineerden veelvuldig klagen over de lange wachttijden voordat zij de inrichtingsarts nadat zij zich voor deze hebben opgegeven mogen bezoeken. In het ene geval wordt een termijn van enkele dagen, maar in het andere geval zelfs die van een week genoemd. Desgevraagd wordt dit door betrokken inrichtingsartsen veelal ontkend. De lijn die in hun reacties valt te ontwaren is dat ze de gedetineerden die op de lijst staan zoveel mogelijk nog dezelfde dag en anders de volgende dag voor het spreekuur oproepen. Niet zelden worden gedetineerden die desondanks klagen door de arts beschouwd als mensen die veel aandacht behoeven en zich daarom ontevreden tonen. De volgende ietwat cynische uitspraak tekende ik in dit verband uit de mond van een inrichtingsarts op: 'Veel klachten, weinig kwalen'. Ik neem aan dat dit als een overstatement bedoeld is.

Het is de verpleegkundige die in het algemeen de *selectie* maakt van de gedetineerden die op het spreekuur wel en die niet door de arts persoonlijk behoeven te worden gezien. Hierover kan vanzelfsprekend een verschil van mening met de gedetineerde ontstaan, indien deze er op staat hoe dan ook door de arts zelf te worden gezien. Veelal legt men zich overigens – soms onder een zeker protest – bij de gemaakte selectie neer. Dit neemt niet weg, dat de gedetineerde er in beginsel recht op heeft de arts *zelf* te bezoeken. Daar staat weer tegenover dat het legitiem is de gedetineerde, die reeds korte tijd daarvoor door de arts zelf is gezien en die zich voor een vervolgcontrole opgeeft, te selecteren voor uitsluitend contact met de verpleegkundige, mits deze door de arts daarover instructies heeft ontvangen.

Nog een andere situatie is denkbaar, nl. dat er gezien de beperkte tijd van de arts teveel gegadigden voor het spreekuur zijn en de verpleegkundige een selectie voor het spreekuur van de betreffende dag moet maken. Ook in dit geval kan de gedetineerde de gemaakte selectie betwisten en er aanspraak op maken nog dezelfde dag door de arts zelf te worden gezien en niet op de wachtlijst te worden gezet.

Er moet evenwel van worden uitgegaan dat de wijze waarop de selectie in individuele gevallen plaats vindt onder verantwoordelijkheid van de arts en dat deze in de selectie dan ook wordt gekend. Dit procédé moet worden

14 BC 9 februari 1996, A 95/775, Sa 1996, nr. 53.

opgevat als medisch handelen en valt derhalve buiten de verantwoordelijkheid van de directie, die er – aldus de BC in 1991 – voor heeft te zorgen ‘dat voldoende tijd aan de arts beschikbaar wordt gesteld, zodat de gedetineerde in redelijke mate zijn recht de arts te raadplegen kan verwekelijken. Dat houdt niet in dat iedere gedetineerde die daartoe de wens te kennen geeft zonder enige beperking terstond het spreekuur van de arts zou kunnen bezoeken’.¹⁵

Het is geen uitzondering dat gedetineerden in zo’n geval proberen langs allerlei andere wegen de medische dienst te benaderen en te beïnvloeden teneinde alsnog hun zin te krijgen, bijvoorbeeld door bewaarders of medewerkers van de arbeidszaal in te schakelen met het verzoek de urgentie van hun geval telefonisch bij de medische dienst duidelijk te maken. Dit wordt vanwege de inrichting al snel ervaren als een opzettelijke doorkruising van de gangbare procedure.

Niettemin kan voor een dergelijke handelwijze wel enig begrip worden opgebracht. Bewaarders vervullen wel vaker een bemiddelende functie tussen individuele gedetineerden en bepaalde stafleden of diensten. Uiteindelijk vormen zij het eerste echelon waarmee de gedetineerden contact hebben en waaraan zij hun primaire noden kunnen openbaren. En het is ook een bewaarder die de verzoekbriefjes verzamelt en aan de desbetreffende afdelingen doorgeeft. Het signaleren van noden kan dan ook onder omstandigheden wel degelijk calamiteiten voorkomen. Zo van dit laatste niet direct sprake is, blijft staan dat veel gedetineerden afkomstig zijn uit bevolkingsgroepen, waarin sociaal-psychologisch gezien uitstel vaak neerkomt op afstel,¹⁶ waarbij in de gevangenis nog hun hoogst afhankelijke situatie komt die maakt dat zij zich snel vastklampen aan functionarissen met klemmende verzoeken. Dit ietwat dramme gedrag hoeft evenwel lang niet altijd op querulantisme te wijzen.

2.3.3 De bevoegdheden van de arts en van de verpleegkundige(n)

Inmiddels is in de wet-BIG beter dan voorheen geregeld welke verrichtingen in het algemeen aan verpleegkundigen mogen worden overgelaten. Dit was vroeger veel onduidelijker en onoverzichtelijker, hetgeen niet wegneemt dat in de praktijk van het gevangeniswezen was aanvaard dat bijzonder veel

15 BC 10 april 1991, A 346/90, Sa 1991, nr. 56, m.n. C. Kelk.

16 Zie het Eindrapport van de commissie-Van Hattum over Doelstelling en functie van het huis van bewaring 1977, p. 34.

verrichtingen door verpleegkundigen plaats vonden. Krachtens art. 33 wet-BIG zijn verpleegkundigen zelfstandig bevoegd tot medisch handelen voorzover dit betreft het verrichten van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging. In art. 36 wet-BIG is een aantal voorbehouden handelingen opgesomd welke bij beroepsmatig optreden¹⁷ door de arts met uitsluiting van andere beroepsbeoefenaren moeten worden verricht. Hiertoe behoren o.a. heelkundige handelingen en injecties.

De ratio van het voorbehouden van handelingen aan de arts is natuurlijk dat bepaalde handelingen nu eenmaal niet zonder risico zijn en de gezondheid van de patiënt zouden kunnen beschadigen.

In art. 96 wet-BIG wordt zelfs het veroorzaken van schade of een aanmerkelijke kans op schade door iemand die zich op een terrein begeeft van de geneeskundige waarop hij niet deskundig is strafbaar gesteld, indien dit 'buiten noodzaak' geschiedt. Dit laatste is uiteraard van groot belang voor het geval in een noodsituatie iemand onbevoegd (een of meer) handelingen verricht omdat de komst van een arts niet kan worden afgewacht.

Omdat van de kant van de arts nu eenmaal niet verwacht kan worden dat hij altijd qua tijd en qua vaardigheid in staat zal zijn voorbehouden handelingen persoonlijk uit te voeren is in het verleden in de jurisprudentie de zogenaamde 'verlengde arm-constructie' ontwikkeld d.w.z. dat de arts onder bepaalde voorwaarden geneeskundige handelingen aan niet geneeskundigen kon opdragen. De arts bleef in die constructie in ieder geval verantwoordelijk voor de beslissing omtrent diagnose, therapie en indicatiestelling.¹⁸

Ook op grond van de wet-BIG mag de arts een niet gekwalificeerde beroepsbeoefenaar de opdracht geven een voorbehouden handeling te verrichten. Indien dit redelijkerwijze nodig is, dient de opdrachtgever aanwizingen te geven en dienen toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de opdrachtgever (of een andere bevoegde) afdoende te zijn verzekerd. De opdrachtgever moet redelijkerwijze mogen aannemen dat de uitvoerder beschikt over de feitelijke bekwaamheid om de desbetreffende handeling behoorlijk te kunnen verrichten. Het is duidelijk dat naarmate de opdrachtnemer een minder ervaren werknemer is of het een minder veel voorkomende handeling betreft er meer bemoeienis van de opdrachtgever noodzakelijk is. Onverwachte bevindingen moeten uiteraard onmiddellijk door de uitvoerder aan de

17 Hieronder valt dus niet de wondverzorging in de huiselijke kring na een ongeval in huis of het door de patiënt bij zich zelf injecteren van insuline.

18 Zie H.J.J. Leenen, Handboek gezondheidsrecht Deel II, Bohn Stafleu Van Loghum 1996, 3e druk, p. 74.

arts worden gerapporteerd. De arts moet kennis nemen van de verpleegrapportage.¹⁹ Ex art. 35 lid 2 wet-BIG verricht de opdrachtnemer als aan de wettelijke voorwaarden is voldaan de handeling *bevoegd*.

De Dienst Justitiële Instellingen van het ministerie van Justitie heeft de werkzaamheden van de verpleegkundigen in de inrichtingen geregeld in een centraal vastgesteld functie-informatieformulier. Naast hun primaire taak van verpleegkundige zorgverlening aan de gedetineerden hebben de verpleegkundigen taken van organisatorische en coördinerende aard, zoals het afstemmen van de medische zorgverlening op andere soorten van hulpverlening, advisering van de directie en voorlichting aan gedetineerden en piw-ers. Door de verpleegkundige mag in noodgevallen zelfstandig worden opgetreden, mits deze daartoe een opleiding heeft genoten, mits daarover communicatie met de bevoegde arts mogelijk is en mits het optreden geprotocolleerde handelingen betreft.²⁰

2.3.4 De intake in de inrichting

Onder 1.4 kwam reeds aan de orde dat bij binnenkomst in de inrichting de gedetineerde ten behoeve van de verpleegkundige een medisch intake-formulier invult, waarna hij op een van de volgende spreekuren door de arts zelf wordt gezien. Ook in dit opzicht wordt, zij het korte tijd, aan de verpleegkundige de verantwoordelijkheid overgelaten om – als daarvoor aanleiding zou bestaan – direct met de arts contact op te nemen.

Bij de intake wordt – zo is de praktijk in veel inrichtingen – ook uitgebreid stilgestaan bij het eventuele psychiatrische verleden van de gedetineerde en bij de behandeling welke deze geniet of heeft genoten.

De medische dienst registreert de medische gegevens per patiënt in een dossier, dat alleen voor de medische dienst zelf toegankelijk is alsmede in beginsel voor de betrokken gedetineerde zelf en dat bij overplaatsing naar een andere inrichting ten behoeve van de medische dienst aldaar wordt meegezonden. Over de efficiency van de follow-up in volgende inrichtingen met name ten aanzien van de psychische problematiek van de gedetineerden is overigens enige twijfel uitgesproken.²¹ Vermeden moet worden dat de verslaglegging door de medische dienst zowel betreffende de geuite medische klachten als betreffende de verstrekte medicijnen al te summier plaatsvindt.

19 H.J.J. Leenen, op. cit., p. 75.

20 Zie het rapport Zorg ingesloten, p. 10/11.

21 Aldus M. Maas, in de Justitiekraant van 28 november 1997, nr. 22, p. 2.

Terecht is door de medische tuchtrechter opgemerkt dat gezien de bijzondere omstandigheden in een hvb aan de verslaglegging aldaar wellicht zelfs stringentere eisen mogen worden gesteld dan die welke voor de huisartsen in de vrije samenleving gelden.²² Na de invrijheidstelling wordt het dossier centraal opgeborgen en maximaal tien jaar bewaard.

2.3.5 De medische dienst in de inrichting

De medische dienst is voorts vertegenwoordigd in verschillende overlegorganen van de inrichtingen, o.a. het periodieke gedetineerdenberaad, alwaar specifieke problemen van en rond individuele gedetineerden door de diensthoofden en door professionele stafleden met de directie worden besproken. Voorts heeft het hoofd van de medische dienst zitting in het in iedere inrichting aanwezige Psychosociaal Team waarvan de psycholoog voorzitter is. Dit gaat Psycho Medisch Team (PMT) heten, een multidisciplinair team ten behoeve van specialistische hulpverlening aan individuele gedetineerden die aan een psychische overbelasting lijden.²³

De stafleden, d.w.z. de arts, de psycholoog, de geestelijk verzorger, de maatschappelijk werker e.d., maken geen deel uit van de inrichtingshiërarchie, maar hebben een adviserende functie, al heeft – zoals eerder reeds bleek – de directeur op grond van zijn beheersverantwoordelijkheid wel enige zeggenschap.

2.3.6 De medewerking van de piw-ers

Tenslotte is de medische dienst in zijn functioneren mede aangewezen op de medewerking van piw-ers, hetgeen eveneens reeds naar voren kwam. Soms kunnen deze een belangrijke signalerende functie hebben, die door de medische dienst niet moet worden onderschat. Uit het onderzoek van Kommer blijkt dat de piw-ers in het algemeen tevreden zijn over hun contacten met de medische dienst al kwam hij eveneens enkele nogal negatieve voorbeelden op het spoor, waarvan ik er hier één ter illustratie noem. Zo vertelde een bewaarder, die toen hij meende dat er met een gedetineerde iets

22 Medisch Tuchtcollege Amsterdam 23 september 1991; TvG 1992, p. 222-229, nr. 1992/25. Ook het rapport Zorg ingesloten (p. 16 e.v.) staat uitvoerig stil bij het belang van een goede dossiervorming. Overigens heb ik in 1993 in de Mountjoy prison te Dublin met eigen ogen geobserveerd hoe daar in de doktersruimte het grote boek met alle gegevens betreffende de patiënten op een bureau open lag, toegankelijk voor iedereen omdat ook de deur van de desbetreffende ruimte open stond; alle namen stonden op een rij, waarachter bijvoorbeeld geschreven stond: 'mr. X Hepatitis?', mr. Y HIV' etc.

23 Rapport Zorg ingesloten 1995, p. 28.

aan de hand was naar de medische dienst was gegaan, als antwoord had gekregen: 'Ach, die vent stelt zich aan'. De bewaarder vervolgde: 'Dan probeer ik dus altijd die man toch naar de medische dienst te krijgen, omdat ik er zelf geen verstand van heb. En ik kan dus niet beoordelen of dat echt zo is of niet. Dat is aan hun. En als iemand vaak zogenaamd ziek is en hij is het een keer echt, dan moet je toch op je hoede zijn, dat je niet denkt van hij simuleert. Ze zijn toch afhankelijk van je'.²⁴

Hiermee wordt goed aangeduid hoe precair het kan zijn al te snel een gedetineerde tot simulant of querulant te bestempelen. Vanzelfsprekend komt dit type gedetineerde meer dan eens voor, maar het is hachelijk uit informatie van bewaarders, dus langs indirecte weg, er bij voorbaat toe te concluderen dat er geen sprake van een serieuze medische klacht kan zijn. Dit behoort gezien het specifieke karakter van de detentiesituatie niet te gebeuren. Aan de bewaarders wordt overigens in sommige inrichtingen wel het uitdelen van medicijnen overgelaten, terwijl dat in andere inrichtingen geschiedt door de medische staf zelf.²⁵

Niet zonder reden zouden sommige piw-ers dan ook graag wat meer stelselmatig contact met de stafleden, onder wie de medische dienst, hebben. Zij zouden dan in een vroegtijdig stadium over bepaalde gedetineerden kunnen spreken en over hun bejegening nadere afspraken kunnen maken.²⁶

Een belangrijk aspect van de medische verzorging is dat gedurende *de nachtelijke uren* in de gesloten inrichtingen, waartoe die hvb's behoren, de celdeuren vergrendeld dienen te zijn en niet geopend mogen worden: er kan alleen langs elektronische weg tussen de centrale nachtbeveiliging (die veelal uit niet meer dan twee personeelsleden bestaat) en individuele gedetineerden worden gecommuniceerd en er kan eventueel door het luikje in de celdeur face à face worden gesproken. Indien een gedetineerde dan vanwege ernstige medische klachten belt, zal er bijzonder veel (zichtbaar of merkbaar) aan de hand moeten zijn, alvorens het dienstdoende personeel ertoe overgaat de directeur en de inrichtingsarts uit bed te bellen.²⁷ Het zou daarom veiliger zijn als er een verpleegkundige 's nachts in het gebouw aanwezig zou zijn. Zulks werd dan ook door de CPT aanbevolen (zie 2.5).

24 M. Kommer, *De gevangenis als werkplek*, Gouda Quint 1991, p. 200.

25 M. Kommer, *op. cit.*, p. 197.

26 M. Kommer, *op. cit.*, p. 197.

27 C. de Jong en R. Verpalen, *Proces* 1983, p. 357.

2.4 De medische dienst en artsen buiten de inrichting

2.4.1 Het consult van een eigen arts

Bij de totstandkoming van de Beginselenwet Gevangeniswezen (1951-1953) werd duidelijk gedacht aan het uitgangspunt van de inrichtingsarts als *enige* arts voor de gedetineerden, tenzij deze doorverwijst naar een externe specialist of naar een ziekenhuis. Voor de gehele Beginselenwet geldt echter dat daarin niet of nauwelijks aan de positie van de *onveroordeelde* gedetineerden aandacht werd besteed, reden waarom bijvoorbeeld pas in 1963 art. 26 bis werd ingevoegd, inhoudende dat onveroordeelden aan geen andere beperkingen onderworpen dienen te worden dan die voor het doel hunner opsluiting of in het belang van de orde volstrekt noodzakelijk zijn. Deze opdracht aan het gevangeniswezen berust evident op het strafprocessuele beginsel van de *presumptio innocentiae*, het onschuldsvermoeden waarvan moet worden uitgegaan totdat de schuld aan het misdrijf door de onafhankelijke rechter is vastgesteld.

Als een uitvloeisel daarvan is te beschouwen dat onveroordeelde gedetineerden op hun verzoek een eigen arts of specialist mogen raadplegen en wel op eigen kosten. Van meet af aan was er een dienovereenkomstige praktijk in de hvb's. Ook de E.G.-regels kennen een dergelijke regel. Regel nr. 98 gaat zelfs zóver dat preventief gedetineerden zich ook mogen laten *behandelen* door een eigen arts van hun keuze.

De Beroepscommissie heeft naderhand eveneens voor veroordeelde gedetineerden die zich (nog) in een hvb bevinden bepaald dat deze de mogelijkheid dienen te hebben om voor eigen rekening een arts van buiten te consulteren.²⁸ Deze beslissing, gebaseerd op art. 8 EVRM (het recht op privacy), kwam neer op een gelijkstelling in dit opzicht van alle categorieën gedetineerden in het hvb. De veroordeelden in de gevangenissen bleven evenwel verstoken van de mogelijkheid zich met een eigen arts te verstaan, ofschoon de Beroepscommissie wel het standpunt huldigde dat een daartoe strekkend verzoek op z'n minst zorgvuldig diende te worden behandeld.²⁹

In art. 42 lid 2 van de PBW wordt inmiddels aan alle gedetineerden het recht op raadpleging van een arts van eigen keuze voor eigen rekening toegekend.

28 BC 28 april 1981, A 83/80 PI 1981, nr. 39, met als gevolg de wijziging van art. 32 (III) huishoudelijk reglement voor de hvb's in dezelfde zin.

29 BC 2 oktober 1985, A 131/85, PI 1986, nr. 10.

Het is de directeur die in overleg met de gekozen arts de plaats en het tijdstip van de raadpleging vaststelt. Ontegenzeggelijk ligt een dergelijk recht voor menige inrichtingsarts enigszins gevoelig. Dat heeft het verleden meer dan eens uitgewezen, zeker als het om preciaire situaties gaat zoals die van een hongerstaking. Hierbij vervult de arts nu juist een cruciale functie en draagt deze een bijzonder zware verantwoordelijkheid. Het verzoek van de hongerstaker om een vertrouwensarts erbij te betrekken vergt dan een zeer serieuze afweging van belangen en buitengewoon nauwgezette afspraken tussen inrichtingsarts en vertrouwensarts (zie 4.6).

Maar ook in minder zwaarwegende aangelegenheden kan de inrichtingsarts het consulteren van artsen van buiten de inrichting ervaren als een gebrek aan vertrouwen in zijn of haar professie. Dit is begrijpelijk, maar bij een gedetineerde kan de behoefte aan de eigen arts nu eenmaal groot zijn zonder dat de beroepseer van de inrichtingsarts in het geding hoeft te raken.

In de praktijk kon in de hvb's tot nog toe de vrijheid van artsenkeuze niet geheel onbeperkt worden uitgeoefend: indien de inrichtingsarts geen enkele medische indicatie aanwezig acht, die een onderzoek door een specialist van buiten noodzakelijk maakt, en de directeur adviseert om een desbetreffend verzoek van een gedetineerde af te wijzen, dan zal de daarop volgende negatieve directiebeslissing niet onredelijk worden geoordeeld, zo heeft de Beroepscommissie gesteld.³⁰ Dit lijkt me met de komst van de PBW een achterhaalde gang van zaken te zijn. Anders ligt het echter met de verstrekking van medicijnen door een arts van buiten: deze is onderworpen aan de controle van de directeur, die een bepaalde verstrekking als bron van mogelijke spanningen in de inrichting kan beschouwen. Nog moeilijker wordt het als zich een medisch conflict voordoet tussen de inrichtingsarts en een arts van buiten de inrichting over de toelaatbaarheid van een bepaald medicijn: de directeur, als niet-deskundige, kan qua inhoud hierover niet oordelen, doch zal toch vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de medische verzorging der gedetineerde en voor de inrichtingsorde tot enige beslissing worden genoopt.³¹ De MvT op de PBW stelt uitdrukkelijk: 'Het is niet verenigbaar met de goede gang van zaken in de inrichting, indien een niet aan de inrichting verbonden arts het medicatiebeleid doorkruist van de inrichtingsarts'. Het wordt dan ook voor de hand liggend geacht dat een in consult geroepen arts over een door hem voorgestane wijze van behande-

30 BC 2 oktober 1985, A 131/85, PI 1986, nr. 10.

31 BC 25 juli 1983, A 62/83, PI 1984, nr. 6.

ling collegiaal overleg met de inrichtingsarts voert. Perikelen hierover hebben zich overigens intussen voorgedaan in het kader van enige kort gedingen over methadon-verstrekking die in 1997 werden gevoerd (zie 3.3.3).

2.4.2 *Het bezoeken van een ziekenhuis of kliniek*

Indien noodzakelijk wordt de gedetineerde overgebracht naar het *penitentiair ziekenhuis* (pz) in Den Haag, dan wel naar een *burgerziekenhuis*. Het pz heeft de status van hvb en is dus ook als zodanig beveiligd.³² De capaciteit bedraagt 38 bedden, bestemd voor verpleeg- en/of behandelbehoeftegedetineerden (zowel mannen als vrouwen). Het pz beschikt o.a. over een operatiekamer, een röntgenkamer, een ruimte voor fysiotherapie, een laboratorium en een apotheek, terwijl specialisten van diverse disciplines er regelmatig spreekuur houden.³³ In gevallen van ernstige aandoeningen of bij acute noodzaak tot ingrijpen vindt overbrenging naar een burgerziekenhuis plaats. In het laatste geval kan de bewaking problematisch zijn: hierover is een circulaire opgesteld (waarin o.a. aan een lid van het bewakend personeel wordt toegestaan een gedetineerde in het ziekenhuis met een boei aan het bed vast te klinken als hij zelf even naar het toilet moet).³⁴ Wij zagen al eerder (onder 2.2) hoe belangrijk het is dat de communicatie tussen de medische dienst en het ziekenhuis uitstekend is en dat zonodig de directie daarin actief zijn verantwoordelijkheid neemt. Soms gaat het om langdurige behandelingen, bijvoorbeeld van verslaafden in een verslavingskliniek (in 1996 betrof dit 130 gedetineerden) of in een kliniek voor psychotherapeutische behandeling, waarin de gedetineerde dan ook langere tijd zal moeten verblijven.

Korte bezoeken aan een ziekenhuis of kliniek, bijvoorbeeld om een poliklinische ingreep te ondergaan, gaan gepaard met strenge veiligheidsmaatregelen. In ieder geval worden gedetineerden die uit een gesloten inrichting afkomstig zijn, handboeien op de buik of op de rug omgedaan en/of een stok in de broek gestoken, dit alles ter voorkoming van vlucht. Een en ander geschiedt overeenkomstig de vervoersregeling van de minister van Justitie.³⁵ In de praktijk is er per inrichting veelal sprake van een interne transportregeling en worden in het concrete geval nadere mondelinge

32 De verplegers in het pz worden wel eens geïdentificeerd met bewaarders, zie bijvoorbeeld gedetineerde A.R. in: B. Chorus en R. van der Velden, *Gevangenen*, Bruna 1989, p. 73.

33 Zie W.H.A. Jonkers e.a., *Het penitentiair recht*, losbl. ed. Gouda Quint, VIII, p. 324.

34 Circulaire van 22 maart 1990, nr. 7818 DJ 90, Sa 1990, nr. 12.

35 Instructie van de minister van Justitie 13 februari 1970, nr. 1470/370.

aanwijzingen aan de begeleidende personeelsleden gegeven. Deze personeelsleden behoren in burger te zijn gekleed. De Nationale ombudsman heeft wel eens geconstateerd dat niet altijd aan de ministeriële regeling de hand wordt gehouden.³⁶ Het aldus onder begeleiding en met beveiligingsmiddelen aan het lijf bevestigd verschijnen in een ziekenhuis is voor de betrokkenen ronduit vernederend. Alleen als de medische handeling, bijvoorbeeld een onderzoek, zich niet verdraagt met de handboeien of de stok-in-de-broek worden deze verwijderd. Niet zelden leidt bovendien de aanwezigheid van begeleidende personeelsleden bij het consult of bij de behandeling tot strubbelingen met de arts of de verplegers aldaar. In de eerste plaats ervaart de medicus deze aanwezigheid als een inbreuk op zijn vertrouwenspositie als arts en op de privacy van de patiënt, maar ook door de patiënt wordt dit zo ervaren: deze voelen zich ernstig belemmerd in het voeren van het medisch gesprek of in het ondergaan van de behandeling. Wordt hierover geen compromis bereikt dan kan het begeleidende personeel er toe besluiten met de gedetineerde onverrichterzake naar de inrichting terug te keren, maar ook kan de arts weigeren onder die omstandigheden tot behandeling over te gaan. Dit laatste was, zo is mij enige jaren geleden gebleken, het rigoureuze standpunt van de geneesheer-directeur van het Centrale Ziekenhuis te Luxemburg. Overigens is vluchten uit een ziekenhuis door gedetineerden geen uitzondering. De ervaring wijst uit dat het begeleidende personeel hierdoor ernstig wordt gedemoraliseerd. De gedetineerde die weer wordt ingesloten na te zijn gepakt krijgt hiervoor doorgaans een disciplinaire straf. Hoe blindelings beveiligingsregels evenwel worden gevolgd bij extern transport blijkt wel uit een beroepszaak met betrekking tot een zeer invalide gedetineerde die in zijn rolstoel moest worden vervoerd en daarbij handboeien (sic!) omkeeg. Deze maatregel werd door de BC als onredelijk en onbillijk aangemerkt.³⁷ Al met al is het niet te hopen dat het vernederende karakter van de beveiliging bij een bezoek aan ziekenhuis of kliniek de gedetineerde zal weerhouden van het vragen van medische hulp die alleen daar kan worden verleend.

Een bijzondere complicatie met betrekking tot een medische behandeling of operatie door een externe arts kan nog zijn dat de betrokkene hierover reeds vóór de veroordeling of vóór de detentie afspraken had gemaakt. Moet daarvoor door de minister van Justitie strafonderbreking worden verleend.

36 Rapport N.o. 92/136.

37 BC 16 februari 1996, A 95/690, Sa 1996, nr. 45.

dan is een positief advies van het OM noodzakelijk.³⁸ Bevindt de betrokkene zich in voorlopige hechtenis dan moet het OM zijn toestemming verlenen. Zeker als deze is toegezegd, bijvoorbeeld tijdens de terechtzitting, kan het OM daarvan niet zonder meer terugkomen.³⁹

2.4.3 *De districtopsychiater*

Een belangrijke functie wordt vervuld door de in elk arrondissement aanwezige *districtopsychiater*, die verbonden is aan de desbetreffende Districts Psychiatrische Dienst (DPD) ten behoeve van alle in het arrondissement gelegen penitentiaire inrichtingen. Deze treedt, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van inrichtingsfunctionarissen of van de inrichtingsarts adviserend, dan wel behandelend op. In elk geval moet hij betrokken worden bij een plaatsing op het veiligheidsbed (zie onder 1.3.1). Ook zal hij altijd worden betrokken bij toepassing van art. 13 Sr, wanneer dit gaat om plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of in een tbs-inrichting. Op het psychiatrische werk wordt toezicht uitgeoefend door de psychiatrisch adviseur van het Bureau Justitiële Gezondheidszorg van het ministerie van Justitie te Den Haag.

2.5 *De kwaliteit van de medische voorzieningen*

Ook naar internationale maatstaven is de kwaliteit van zowel de outillage van de medische diensten als van de medische verzorging zelf goed te noemen. Ik heb dat zelf – zij het op beperkte schaal – kunnen constateren bij het bezoeken van gevangenen in het buitenland, maar ook de CPT heeft hierover in haar rapport van 1993 een aantal tamelijk positieve opmerkingen gemaakt. Overigens moet worden bedacht dat ook de CPT slechts enkele inrichtingen – soms steekproefsgewijs – bezoekt.

De CPT stelde: 'It should be emphasised at the outset that the delegation had a generally favourable impression of the medical services provided in the establishments visited. It noted that the establishments were suitably equipped in terms of both staff and material resources.'

In each establishment visited there was an on-call medical service; in

38 Uit het rapport N.o. 91/718 blijkt dat er voor het OM steekhoudende argumenten moeten zijn om een negatief advies uit te brengen. Het betrof in casu een heupoperatie.

39 Rapport N.o. 91/419 betreffende de toezegging een tandheelkundige behandeling te mogen ondergaan.

particular, a doctor was always on call at night and during weekends. However, the delegation was not sure that someone with the necessary knowledge to provide first aid was routinely present at night and during weekends.

The CPT recommends that a person capable of providing first aid – preferably someone with a recognised nursing qualification – should always be present on prison premises, including at night and during weekends.⁴⁰

In ieder geval zijn in onze inrichtingen toestanden zoals ik enige malen elders heb waargenomen onbekend. Zo liep – om een enkel voorbeeld te geven – in de gevangenis te Dublin de dokter 's ochtends door de vleugels waar de gedetineerden die daarom hadden gevraagd zich hadden opgesteld en door hem één voor één kort werden gesproken. Mij werd verzekerd dat de dokter op deze wijze met circa 60 gedetineerden in een uur contact placht te hebben. Overigens had de Director of the Medical Prison Services van het Ierse ministerie van Justitie op deze gang van zaken scherpe kritiek.

2.6 Het profiel van de inrichtingsarts

Het is duidelijk dat het werk van de inrichtingsarts in een breed spectrum van bijzondere omstandigheden moet worden uitgevoerd. Afhankelijk van het type inrichting (bijvoorbeeld minder in een gevangenis waarin zich vooral langgestraften bevinden dan in een huis van bewaring) is er sprake van een vlottende gedetineerdenbevolking, dat wil zeggen dat men er van de ene dag op de andere uit verdwenen kan zijn op grond van overplaatsing of invrijheidstelling. Dit betekent dat vertrouwensbanden moeilijk kunnen worden opgebouwd en als ze eenmaal wèl gegroeid zijn weer abrupt kunnen worden afgebroken. Onder 1.7 werd al uiteengezet hoezeer de gedetineerdenpopulatie zich in een problematische situatie bevindt en vaak ook problematische sociale en individuele achtergronden heeft, hetgeen een directe uitstraling heeft op hun huidige medische toestand. Veel gedetineerden behoeven extra zorg. Hiervoor dient de inrichtingsarts een scherp oog te hebben. De gemiddelde gedetineerde vraagt doorgaans onevenredig veel aandacht en ook aan hun grote aandrang tot het voeren van soms uitvoerige gesprekken moet de inrichtingsarts eigenlijk voldoen. Zelfs als bij hem de indruk van querulantisme zou worden gewekt zal hij hieraan niet te snel mogen toegeven. Dit geldt trouwens niet uitsluitend voor de detentiesituatie, al doet zich dit

40 Report CPT to the Dutch Government (93)20, Strasbourg 15 July 1993, p. 41.

verschijnsel daar vermoedelijk frequenter voor dan buiten de inrichtingsmuren. De arts zal in zijn attitude het juiste midden moeten zien te vinden tussen geïnteresseerd blijven in de noden van de patiënt en het tactvol afhouden van oneigenlijke wensen, zonder nonchalant te zijn. Hij zal er voortdurend op bedacht moeten zijn dat de gemiddelde gedetineerdenbevolking verbaal niet sterk ontwikkeld is en vaak niet goed in staat is zich op een evenwichtige wijze over zijn eigen somatische of psychische problematiek te uiten, maar wel snel het gevoel heeft te worden afgescheept. Voorts zal rekening moeten worden gehouden met specifieke, vaak op culturele achtergronden terug te voeren wensen van allochtone gedetineerden, bijvoorbeeld om niet door vrouwelijke verpleegkundigen te worden gezien.

Niet zonder reden is de arts-patiënten-ratio in de penitentiaire inrichting veel royaler dan in de gemiddelde huisartsenpraktijk het geval is: er is één inrichtingsarts (op full-time basis) per 300 patiënten, terwijl een huisarts doorgaans circa 2200 patiënten heeft.

Vanzelfsprekend dient daarbij tevens rekening te worden gehouden met een grote hoeveelheid extra taken en verantwoordelijkheden van de inrichtingsarts, welke in het eerste hoofdstuk uiteengezet werden en met de bijzondere context van een inrichting. Ik noem als enkel voorbeeld het feit dat het vaak alleen al 10 minuten duurt om in en uit de inrichting te komen, langs de portier en door de detectiepoort en eventueel via de sleutelkamer. Dit is nu eenmaal inherent aan het werken in een gesloten, op beveiliging ingestelde inrichting. Binnen de inrichting zijn hieraan de nodige repercussies verbonden wat betreft het voortdurend tussentijds op slot moeten doen van tal van deuren, alvorens door stafleden (en dus ook door de inrichtingsarts) een bepaalde afdeling van gedetineerden bereikt kan worden.

Dat evenals in andere landen de inrichtingsarts slechts part-time wordt aangesteld heeft o.a. tot achtergrond dat het noodzakelijk wordt geacht dat hij naast zijn gevangenispraktijk ook een eigen praktijk buiten de muur handhaaft zodat hij in verbinding blijft staan met de vrije samenleving en niet blind raakt voor de specifieke pathologie die in de inrichtingen wordt aangetroffen. Toch is dit standpunt niet onomstreden: betoogd is bijvoorbeeld dat de specifieke deskundigheid beter zou kunnen worden ontwikkeld bij een full-time aanstelling van de arts en dat daarbij dan tevens van een veel ruimere aanwezigheid sprake zou kunnen zijn.⁴¹

Het blijkt evenwel niet altijd makkelijk te zijn artsen te interesseren voor

41 Rapport Zorg ingesloten, p. 18.

de functie van inrichtingsarts. In de eerste plaats geniet de status van gevangenisarts doorgaans geen erg hoog aanzien. Huisartsen plegen tamelijk 'solistisch' te werk te gaan en ervaren een hiërarchische structuur als waarvan in gevangnissen sprake is als weinig aantrekkelijk.

Daarnaast is het aanbod van huisartsen in het algemeen schaarser geworden. Veel meer dan vroeger zijn er thans vrouwelijke huisartsen, die vaak in verband met het gezinsleven een beperkt aantal uren willen werken. Deze wens slaat over naar mannelijke huisartsen, die niet meer full-time willen werken.

Voorts bestaat de indruk dat het juridische systeem, waarvan het gevangeniswezen deel uitmaakt, de strafrechtspleging, huisartsen nogal eens afschrikt nu vrijwel alle gedetineerde patiënten uit hoofde van hun strafzaak contact hebben met een advocaat, die onder omstandigheden niet schroomt vrij gemakkelijk klachten in te dienen, ook tegen inrichtingsartsen. In de daaruit voortvloeiende tuchtzaken wordt de klacht weliswaar in veel gevallen afgewezen, maar dit is toch weinig bevorderlijk voor de belangstelling van huisartsen voor deze functie.

Wél zij opgemerkt dat een groot aantal inrichtingsartsen die de stap naar het gevangeniswezen eenmaal hebben gemaakt, hun werk met veel plezier doen en het exceptionele karakter van dit werk juist zeer appreciëren. Hierin ligt een belangrijke indicatie besloten dat de betrokken artsen voor dit werk 'feeling' of sterk gezegd een zeker 'natuurtalent' moeten hebben.

Een opleiding in de beginselen van het penitentiaire denken en van de penitentiaire praktijk is dan ook onontbeerlijk. Sinds kort worden vierdaagse cursussen voor inrichtingsartsen verzorgd door het Opleidingsinstituut Directie Justitiële Inrichtingen in Den Haag. Met name voor de cursussen Algemene Penitentiaire Oriëntatie, Drugs voor artsen, Allochtonen en Conflictbeheersing I en II bestaat onder de artsen veel belangstelling. Maar van een training en opleiding tot inrichtingsarts *voordat* men als zodanig wordt aangesteld is (nog) geen sprake.

Vermeldenswaard tenslotte is de beslissing van de directie van de penitentiaire inrichting te Almere om in overleg te treden met de lokale GG en GD teneinde de inrichtingsarts daarvan te betrekken. Op deze wijze kan er ook sprake zijn van een permanente vervangingsregeling en is de inrichting ervan verzekerd dat de inrichtingsarts zich zal houden aan de normen die door de GG en GD worden aangehouden. Ook blijft de inrichting dan verschoond van eventuele 'particuliere opvattingen' die een huisarts van buiten er op na zou kunnen houden bijvoorbeeld met betrekking tot de

behandeling van drugsverslaving etc. Dit is voor de continuïteit van het medische beleid in de inrichting van groot belang.

Een bijkomend voordeel is bovendien dat het opleidingsinstituut voor de GG en GD-artsen in de opleiding aandacht aan de penitentiaire situatie kan geven, hetgeen overigens tevens van belang is voor de artsen die aan politiebureaus hun diensten verlenen.

2.7 De medische dienst in tbs- en jeugdinstellingen

In beginsel geldt voor de medische dienst in tbs- en jeugdinstellingen qua regeling en qua praktijk min of meer hetzelfde als voor de medische dienst in het gevangeniswezen.

In de tbs-instellingen moet uiteraard een scherp onderscheid worden gemaakt tussen de gedragskundige behandeling die de kern van de tbs-maatregel uitmaakt gezien het fundamenteel beveiligende karakter⁴² van deze maatregel en de somatische medische verzorging. Deze staan geheel los van elkaar, wat niet wegneemt dat psychosomatische verschijnselen die de inrichtingsarts signaleert van belang zouden kunnen zijn voor de behandeling. Hiervan zal dan in enig stafberaad kunnen blijken.

De regeling van de medische verzorging van tbs-gestelden is te vinden in art. 41 Beginselenwet Verpleging Ter beschikking gestelden (BWVT).⁴³ Dit artikel is geheel gelijklopend aan art. 42 PBW, op enkele details na. In de eerste plaats wordt in art. 41 BWVT de vervanger van de aan de inrichting verbonden arts niet genoemd, terwijl mag worden aangenomen dat iedere inrichtingsarts ook in tbs-instellingen een (vaste) vervanger zal dienen te hebben. Voorts ontbreekt de regel dat in geval de verpleegkundige een externe arts wil consulteren het hoofd van de tbs-instelling bepaalt waar en wanneer deze consultering zal plaatshebben, zoals art. 42 lid 2 PBW ten aanzien van de gevangenisdirecteur voorschrijft.

Wèl van wezenlijk belang is het feit dat voor medische klachten van verpleegden in tbs-instellingen niet de speciale klachtprocedure is openge-

42 Zie art. 1 sub u BWVT luidende: behandeling is het samenstel van handelingen, gericht op een dusdanige vermindering van de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen dat het doen terugkeren van de verpleegde in de maatschappij verantwoord is.

43 Wet van 25 juni 1997; Stb. 1997, 280; in werking getreden 1 oktober 1997.

steld, zoals die in statu nascendi is voor de gedetineerden (zie 3.2.3). De CRS heeft in zijn advies over deze regeling indertijd aanbevolen te bezien in hoeverre een dergelijke regeling ook dient te worden ingevoerd bij de tbs-inrichtingen en de jeugd-inrichtingen.⁴⁴ Het is niet duidelijk welke gedachten hierover heersen met betrekking tot de nog in het verschiet liggende Beginselenwet Justitiële Jeugd-inrichtingen.

De regeling betreffende de uitsluitende bevoegdheid van het inrichtingshoofd om de verpleegde te verplichten te gedogen dat ten aanzien van hem een bepaalde geneeskundige handeling wordt verricht (art. 26 BWVT) is precies dezelfde als die welke voor gedetineerden is neergelegd in art. 32 PBW. Ook de desbetreffende uitvoeringsregels in de artt. 33-35 Reglement Verpleging Terbeschikkinggestelden (RVT) zijn gelijklopend aan de uitvoeringsregels in de PM (artt. 21-23).

Het enige verschil is erin gelegen dat eventueel een hoofd van een afdeling bij dringende noodzakelijkheid de beslissing tot het toepassen van een dwangbehandeling mag nemen (art. 26 lid 2 BWVT). In dat geval zal het afdelingshoofd zo spoedig mogelijk overleg moeten plegen met de inrichtingsarts en als het gaat om de afwending van gevaar dat voortvloeit uit de geestelijke stoornis van de betrokkene met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater (hetgeen het inrichtingshoofd ook zelf bij een dergelijke beslissing moet doen).

Melding van de toepassing van een dwangbehandeling moet niet alleen worden opgenomen in het aantekeningsregister in de zin van art. 6 RVT, maar ook de resultaten van het overleg alsmede de afspraken die daarbij zijn gemaakt dienen te worden opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan in de zin van art. 16 BWVT.

De enigszins vage terminologie van de criteria die voor de toepassing van dwangbehandeling gelden maakt het onduidelijk met betrekking tot welke handelingen deze bevoegdheid precies mag worden gehanteerd. Het verrichten van een onderzoek in het lichaam, dat in de BWVT op dezelfde wijze mogelijk is gemaakt als in de PBW het geval is, kan eventueel tot dezelfde soort handelingen leiden als het verplichten tot een geneeskundige handeling.

In dat verband is het voorbeeld genoemd van het maken van een röntgenfoto: dit kan zowel onder de bepaling van het gedogen van een

44 Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing, maart 1997, RA 20/97, p. 3.

geneeskundige handeling als onder die van het onderzoek in het lichaam worden geschaard.⁴⁵

Voorts is het opmerkelijk dat de vergelijkbare artt. 38 en 39 wet BOPZ alleen mogen worden toegepast bij gevaar of in noodsituaties die voortvloeien uit de stoornis van de geestvermogens van de patiënt, terwijl bovendien het toepassen van middelen en maatregelen is begrensd door het Besluit Middelen en Maatregelen BOPZ en beperkt is tot een tijdsduur van 7 dagen.⁴⁶ Dergelijke beperkingen ontbreken in de BWVT (evenals trouwens in de PBW).

45 E.J.C. de Jong, in TvGR 1997, p. 74-86.

46 Zie mijn noot bij BC 17 september 1996, A 96/74, Sa 1997, nr. 5.

3 Toezicht en controle op de medische zorg

3.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 zijn de taken en verantwoordelijkheden van de medische dienst alsmede de rechten en behoeften van de gedetineerden aan de orde gesteld; dit alles betrof hun materiële rechtspositie ter zake van de medische verzorging.

Langs verschillende wegen is in de effectuering van deze materiële rechtspositie der gedetineerden voorzien:

- er vinden diverse vormen van toezicht plaats op de kwaliteit van de medische verzorging (3.2) en
- er zijn verschillende mogelijkheden voor de gedetineerden om de naleving van de medische voorschriften en de controle op hun medische verzorging daadwerkelijk af te dwingen (3.3).

3.2 Vormen van toezicht

3.2.1 De Inspecteur voor de Gezondheidszorg

In de eerste plaats valt ook de medische verzorging van gedetineerden onder het toezicht van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg. De Gezondheidswet maakt bij de regeling van de bevoegdheid van het staatstoezicht (art. 36) geen uitzondering voor de medische diensten der penitentiaire inrichtingen.

In de praktijk is evenwel voor deze Inspectie geen erg actieve taak in dezen weggelegd. Dit komt voort uit het feit dat er voldoende andere vormen van controle en toezicht bestaan, die meer direct op de positie van gedetineerden zijn georiënteerd. Tussen het ministerie van Justitie en de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg is dan ook afgesproken dat in het geval het staatstoezicht tot onderzoek overgaat hierover met de Medisch Adviseur van het ministerie van Justitie (zie 3.2.2) contact wordt opgenomen en dat individuele klachten van gedetineerden door het staatstoezicht in beginsel worden overgedragen aan de desbetreffende inrichtingen ter verdere afhandeling. Het staatstoezicht dient dan naderhand over de uitkomst van de klachtbehandeling te worden geïnformeerd. Omgekeerd zal door de Medisch

Adviseur met de Hoofdinspecteur contact worden opgenomen wanneer deze kennis neemt van een kennelijk gegronde individuele klacht van ernstige aard (waarbij een tuchtrechtelijk vervolg niet is uit te sluiten). Dus vooral bij het doorgeleiden van medische tuchtzaken heeft de Hoofdinspecteur een belangrijke functie en ook terzake van specifiek bij de wet geregelde aangelegenheden zoals in het kader van de Opiumwet.¹

3.2.2 *Het Bureau Justitiële Gezondheidszorg*

Tot op heden is, voorheen onder de naam Geneeskundig Inspecteur, een medicus aan het ministerie van Justitie verbonden geweest, die – gesteund door een bescheiden bureau – een voornamelijk adviserende taak vervult.

Deze advisering kan zowel gericht zijn tot de inrichtingsartsen met betrekking tot een te volgen gedragslijn in één bepaalde of in bepaalde situaties als tot de minister van Justitie over concrete kwesties dan wel terzake van een met betrekking tot de penitentiaire medische zorg te voeren beleid.

Deze functie wordt thans uitgeoefend door de Medisch Adviseur van de Dienst Justitiële Instellingen, full-time verbonden aan het Bureau Justitiële Gezondheidszorg van het ministerie van Justitie. Zijn bemoeienis strekt zich ook uit over de medische diensten in tbs- en Justitiële Jeugd-inrichtingen.

Aan dit Bureau zijn tevens een Psychiatrisch, een Psychologisch, een Farmaceutisch en een Verpleegkundig Adviseur (geen van allen full-time) verbonden. De Medisch Adviseur is hiërarchisch weliswaar boven de inrichtingsartsen gesteld, doch deze functionele hiërarchie kent natuurlijk geen bevelsstructuur: iedere inrichtingsarts handelt *ex lege artis*, hetgeen uiteraard wordt gerespecteerd, zij het dat onder omstandigheden de Medisch Adviseur kan proberen invloed aan te wenden om de inrichtingsarts(en) tot een bepaald beleid te bewegen. Een goed voorbeeld van het nastreven van een zelfde beleid onder inrichtingsartsen door de Medisch Adviseur betreft het beleid inzake methadonverschaffing aan verslaafden.

In juli 1997 stuurde de Medisch Adviseur aan alle inrichtingsartsen een Handleiding Methadonverstrekking aan gedetineerden, hetgeen in 1985 al eerder was gebeurd. Ik kom hierop terug onder 4.1.4.

Alle inrichtingsartsen en inrichtingsdirecteuren kunnen zich tot de Medisch Adviseur wenden voor advies of met concrete vragen betreffende de medische zorg voor een of meer gedetineerden.

1 Zie TvGR 1992, p. 226.

Vanwege het Bureau Justitiële Gezondheidszorg wordt door de respectieve Adviseurs een soortgelijke functie uitgeoefend ten aanzien van de psychiatrische, psychologische, farmaceutische en verpleegkundige zorg voor gedetineerden.

Voorts is er nog een Tandheeskundig Adviseur, die de tandarts adviezen geeft over al dan niet te verrichten handelingen in concrete gevallen, zeker als het gaat om bijzondere (vaak kostbare) behandelingen waarvoor een aparte toestemming van het ministerie van Justitie nodig is.

Een bijzondere taak die door het Bureau nog wordt vervuld betreft het verstrekken van adviezen aan de minister van Justitie terzake van gratieverzoeken vanwege ernstige ziekte van de betrokken gedetineerden of terzake van de zogeheten 'detentie-geschiktheid' van gedetineerden op grond van hun slechte fysieke of psychische toestand. Gratie op medische gronden moet worden overwogen als voor de betrokken gedetineerde geen adequate medische voorzieningen door het gevangeniswezen(meer) kunnen worden getroffen, zodat met een verdere strafteuitlegging geen met de strafrechtstoepassing na te streven doel in redelijkheid wordt gediend (zoals de Gratiwet eist). In dit verband is het van belang dat het penitentiaire ziekenhuis wel veel ziektes van tijdelijke aard kan behandelen.

Tegenwoordig beschikt het gevangeniswezen ook over bijzondere voorzieningen ten behoeve van gehandicapte gedetineerden. Zo is er een aangepaste cel, de zogeheten 'invalide-cel' in 'De Marwei' te Leeuwarden, welke door een gedetineerde in een rolstoel kan worden bewoond. Maar voor gedetineerden die onherstelbaar dodelijk ziek zijn en/of de permanente verpleging van een verzorgings- of verpleeghuis zouden behoeven zijn geen voorzieningen beschikbaar. Is dit laatste reeds actueel op het moment van het strafproces, dan mag worden verwacht dat de strafrechter zich daarvan zeer ernstig rekenschap geeft en niet zonder meer de betrokkene tot een gevangenisstraf veroordeelt.²

Tenslotte is het van belang dat het Bureau Justitiële Gezondheidszorg alsmede alle betrokken Adviseurs een relatief-autonome en onafhankelijke positie hebben vanwege hun adviseringstaak zowel aan de inrichtingsartsen en andere deskundigen van de medische beroepsgroep als aan het ministerie van Justitie. Zij vormen een *professionele* organisatie, die niet thuis hoort in

2 Aldus HR 7 november 1995, NJ 1996, 166 betreffende een verdachte, die met een vuurwapen een vrouw in koelen bloede van het leven had beroofd en daarna een poging tot suïcide had gedaan met als gevolg een dwarslaesie met blijvende fysieke gevolgen.

de hiërarchische lijn van het departement. Dit neemt niet weg dat het de minister van Justitie is die de verantwoordelijkheid draagt voor alles wat binnen de muren van de penitentiaire inrichtingen gebeurt: bij de minister van Justitie berust het opperbeheer van de inrichtingen (art. 3 lid 2 PBW).

3.2.3 *De medische tuchtrechter*

Vanwege gedetineerden of andere gerechtigden kan een klacht bij het Medisch Tuchtcollege (MTC) worden ingediend over de wijze waarop een medische behandeling in een inrichting heeft plaats gevonden. Een markant geval terzake waarvan het MTC te Amsterdam zich in 1991 moest uitspreken was het volgende.³

Er was een klacht ingediend door de moeder van een 20-jarige gedetineerde, die in zijn cel van het hvb was overleden als gevolg van – naar het sectierapport uitwees – het tekortschieten in de zorg die de inrichtingsarts had te betrachten met betrekking tot het voorschrijven, bereiden en verstrekken van medicijnen alsmede de registratie daarvan.

Uit deze uitspraak kwam naar voren tot welke fatale gevolgen het uiteindelijk kan leiden als controle op het doen en laten van de inrichtingsarts al te zeer achterwege blijft en als ook deze zelf zich niet nauwgezet aan al zijn verantwoordelijkheden houdt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg betracht – op enkele uitzonderingen na – grote terughoudendheid ten aanzien van het uitoefenen van toezicht op de penitentiaire medische zorg, terwijl de daarvoor in de plaats tredende medische en farmaceutische inspecties (zoals ze in 1991 nog heetten) vanwege het ministerie van Justitie in die tijd vooral fungeerden als intermediair – in een relatief grote mate van passiviteit – tussen het departement en het penitentiaire veld (zie hiervoor 3.2.2).

In casu had het in het betreffende hvb kunnen gebeuren dat maar liefst gedurende 25 jaar door de elkaar opvolgende verpleegkundigen, die steeds door hun voorgangers of collegae werden geïnstrueerd, recepten voor 1 kg Chloral werden uitgeschreven, die vervolgens door een vaste apotheker uit de stad (de 'huisapotheker') in kristalvorm aan het hvb werd geleverd. De inrichtingsarts had – naar zijn zeggen – nimmer geweten dat de Chloral niet in de vorm van de oplossing maar in die van kristallen werd afgeleverd en dat de verpleegkundigen dan zelf de desbetreffende oplossing bereidden, waartoe ze niet bevoegd waren. De diverse achtereenvolgende inrichtingsartsen waren daarbij nimmer aanwezig geweest. De afmeting (dosering) van

3 MTC Amsterdam 23 september 1991, TvGR 1992, p. 222-229.

de stoffen bleek onzorgvuldig plaats te vinden, zodat er sprake was van potentiële gevaarlijkheid voor de patiënten. Naar schatting werd daarna in 10 tot 15 dagen tijd in totaal gemiddeld 10 liter Chloralhydraat aan gedetineerden voorgeschreven.

In casu had de betrokken gedetineerde naast 3 x daags 1 seresta forte 's avonds 2 bekertjes Chloralhydraat met een maximale inhoud van 30 cc toegediend gekregen. Nog kort voor zijn overlijden had hij het spreekuur van de arts bezocht, alwaar hij om meer seresta en meer Chloralhydraat had gevraagd, hetgeen hem geweigerd werd. Daarop had hij kwaad het spreekuur verlaten.

De inrichtingsarts werd door het MTC in de eerste plaats een verwijt gemaakt van het feit dat hij zich niet van zijn toezichthoudende taak met betrekking tot het bereiden van de Chloralhydraat had gekweten, zodat hem verwijtbaar de juiste toedracht daarvan was ontgaan. Het kon hem niet baten dat er ook zeer ervaren verpleegkundigen bij betrokken waren: zulks ontslaat hem niet van zijn verantwoordelijkheid. Bovendien waren de verpleegkundigen niet tot het bereiden bevoegd, hetgeen in strijd is met de voorschriften van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Weliswaar had de huisapotheker wel eens zijn bevreemding over de grote hoeveelheden Chloral in kristalvorm die hij aan het hvb moest leveren aan de Inspecteur voor de Gezondheidszorg kenbaar gemaakt, maar deze had geen reden tot ingrijpen gezien.

Voorts werd de inrichtingsarts een verwijt gemaakt van zijn veel te summiere en nonchalante verslaglegging: deze bestond uit korte notities over de gedetineerden achterop kaartjes en op een spreekuurlijst. Van een vermelding van een behoorlijke diagnose en van de dosering van de medicatie was geen sprake. Bovendien werden deze documenten niet bewaard. Hieraan kon niet afdoen dat het ministerie geen behoorlijke patiëntenkaarten ter beschikking had gesteld.

Deze gedragswijze leverde de inrichtingsarts een berisping van het MTC op. Te hopen valt dat van een dergelijke uitspraak, die in feite behalve de inrichtingsarts ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de medische inspecteurs van het ministerie van Justitie enigszins in gebreke stelt waar nodig een algemeen verbeterend effect zal uitgaan. Niet alleen de inrichtingsartsen dienen er alert op te zijn voortdurend orde op zaken te stellen en hun verantwoordelijkheden ernstig te nemen, maar ook de departementale diensten moeten zich niet te gemakkelijk neerleggen bij bestaande praktijken, zeker als er waarschuwendende signalen worden gegeven. Uiteindelijk is dit één

van de belangrijkste doelen van het tuchtrecht: het laten doorklinken van de normen in de beroepsgroep.

Men behoeft zich ervoor te gemakkelijk op de lauweren van de gewoonte te rusten als het gaat om penitentiaire inrichtingen waarin de cliëntèle nu eenmaal in een hoogst afhankelijke situatie verkeert. Vermelding verdient nog dat sinds de inwerkingtreding van de wet-BIG ook verpleegkundigen onder de werking van het medisch tuchtrecht vallen.

3.2.4 *De strafrechter*

Het is in het algemeen tamelijk uitzonderlijk als een medicus strafrechtelijk wordt vervolgd op grond van een strafbaar feit dat door hem uit hoofde van zijn beroep is gepleegd of waartoe hij door dat beroep in staat is gesteld. Ook wordt wel gesproken van 'medische delicten'.⁴

Aangezien vrijwel altijd vileine motieven zullen ontbreken, zal het meestal gaan om een culpoos misdrijf, d.w.z. het veroorzaken van een fataal gevolg door grove onnadenkendheid of onachtzaamheid. Ik laat in dit verband de speciale plaats die de euthanasie in het strafrecht inneemt buiten beschouwing. Het fatale gevolg kan bestaan uit het overlijden van de patiënt of het oplopen van ernstig letsel, resp. strafbaar gesteld in art. 307 Sr (dood door schuld) en art. 308 (zwaar lichamelijk letsel door schuld). Ook in de penitentiaire context kan van deze delicten heel wel sprake zijn, al vindt er zelden een strafrechtelijke vervolging van een inrichtingsarts op grond daarvan plaats.

Dit neemt niet weg dat af en toe een gedetineerde in zijn cel overlijdt of lichamelijk letsel oploopt, naar aanleiding waarvan ook wel eens vragen rond de zorgvuldigheid van de verleende medische zorg worden opgeworpen.

Het strafrechtsdogmatische probleem ten aanzien van de zogeheten medische kunstfouten is in de eerste plaats dat de causaliteit tussen de aard en/of de frequentie van het medische ingrijpen en het ingetreden gevolg veelal moeilijk voor het OM is aan te tonen. Daarnaast kan er nog een probleem met betrekking tot de causaliteitsvraag rijzen ingeval er meer deskundigen in onderlinge samenwerking met elkaar bij de desbetreffende medische behandeling betrokken waren: gedeelde schuld kan zodanig afbreuk

4 H.R.G. Feber, *De gezondheidszorg en het strafrecht*, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 1989, p. 3-4.

doen aan de persoonlijke verantwoordelijkheid dat niet meer van strafrechtelijke schuld kan worden gesproken.⁵

Vaste jurisprudentie van de Hoge Raad houdt immers in dat voor schuld in de zin van de artt. 307 en 308 Sr vereist is een grove of aanmerkelijke onvoorzichtigheid, onachtzaamheid, nalatigheid of onoplettendheid.⁶ Met andere woorden pas na een zeer zorgvuldige afweging zal het strafrechtelijk geschat in stelling worden gezet tegen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wegens fouten die dood of letsel hebben veroorzaakt.⁷

Het is duidelijk dat het specifieke karakter van de detentiesituatie hierin een complicerende factor kan betekenen. Immers gedurende de avond en de nacht is er geen arts lijfelijk aanwezig, doch alleen oproepbaar, waarbij het daadwerkelijk oproepen moet geschieden op grond van serieuze indrukken die het dienstdoende personeel heeft opgedaan. Hoezeer het van belang is ook de stem van het personeel bij het medisch ingrijpen te betrekken blijkt uit het geval, waarover uiteindelijk de Nationale ombudsman (N.o.) een onbehoorlijkheidsoordeel heeft uitgesproken, doch waarin aanvankelijk een gerechtelijk vooronderzoek heeft plaats gevonden wegens het vermoeden van dood door schuld. Dit leidde evenwel tot een sepot.

De betrokken (drugsverslaafde) gedetineerde was overleden aan een vorm van tuberculose. De (waarnemend) inrichtingsarts had enige maanden daarvoor pijnklachten in zijn rug en benen niet al te ernstig opgevat en ondanks zijn herhaalde verzoeken om doorverwijzing naar een specialist slechts pijnstillers gegeven en krukken doen verschaffen. Na een korte opleving was betrokkene's toestand snel verslechterd. Gedurende de laatste week voor zijn overlijden was hij zijn bed niet meer uitgekomen, had hij niet meer gegeten en had hij zijn urine laten lopen. De bewaarders hadden bij herhaling vergeefs aangedrongen op opname in een ziekenhuis. Ook in dit geval was de N.o. van oordeel, dat de directie zeker in de laatste periode 'in actie had moeten komen om een ziekenhuisopname te bewerkstelligen (). Door af te gaan op de mededeling van één der verpleegkundigen dat de arts geen indicatie had gezien voor ziekenhuisopname, heeft de directie haar verantwoordelijkheid op dit punt niet voldoende onderkend'. Bovendien was er ook door het inrichtingspersoneel en de verpleegkundigen – ondanks de

5 H.R.G. Feber, op. cit., p. 14.

6 Zie bijv. het Verpleegstersarrest, HR 19 februari 1963, NJ 1963, 512.

7 B. Sluyters, De Gezondheidszorg en het strafrecht, preadvies voor de vereniging voor Gezondheidsrecht 1989, p. 40. Zie ook: H.M. Beets, Aesculaap in de greep van Theunis, diss. Utrecht, Gouda Quint 1989.

aanhoudende klachten – veel te lang vanuit gegaan dat het alleen om drugsverslaving ging, terwijl pas zes dagen voor het overlijden een urineonderzoek plaatsvond, waaruit – te laat – een ernstige ziekte bleek. Ook de inrichtingsarts – zo meende de N.o. – had ten onrechte niet eerder ingegrepen.⁸

Een ander geval waarin aanvankelijk strafvervolgning is overwogen was dat wat uiteindelijk in een tuchtrechtelijke berisping is uitgemond (zie onder 3.2.3). Het OM besloot echter om noch de inrichtingsarts noch de verpleegkundigen die geheel eigenmachtig Chloralhydraat hadden bereid te vervolgen wegens dood door schuld, waarna de moeder van de overleden gedetineerde tegen deze niet-vervolgving beklag indiende bij het Gerechtshof (ex art. 12 Sv). Het Hof kwam evenwel tot de conclusie ‘dat zeer wel sprake kan zijn geweest van verstrekking van een te grote dosis van een oplossing Chloralhydraat met een te hoge concentratie, maar dat ernstig moet worden betwijfeld of dit de dood van de betrokkene heeft veroorzaakt’. Met andere woorden het causaal verband tussen het handelen van de arts en de dood van de patiënt kon niet worden aangetoond. Dit oordeel nam het MTC over, toen de zaak daarna aan de tuchtrechter was voorgelegd. Het MTC had, zoals we zagen, daarnaast evenwel zeer veel kritiek op de betreffende gang van zaken als zodanig.

3.2.5 *De CPT*

De inspecterende werkzaamheden van de CPT zijn in het voorgaande reeds gebleken. Stelselmatig worden aan alle betrokken Europese gevangenisstelsels bezoeken gebracht en worden naar aanleiding daarvan kritische rapporten opgesteld. Deze hebben een morele kracht mede door de openbaarheid ervan. Het ligt zeer voor de hand dat de CPT een zwaar accent legt op de medische verzorging der gedetineerden. Bij de beoordeling van de deugdelijkheid daarvan worden door de CPT als referentiekader de E.G.-regels en de VN-beginselen inzake de bescherming van alle categorieën gedetineerden en gevangenen (van 1988) gebruikt. Voor de Nederlandse situatie was de CPT, die in september 1992 Nederland bezocht,⁹ vooral bezorgd over de medische zorg op de politiebureaus. In november 1997 heeft de CPT Nederland opnieuw met een bezoek vereerd.

8 Rapport N.o. 95/517; zie jaarverslag N.o. 1995, TK 1995-1996, 24635, p. 236-238.

9 Zie het rapport hierover, Strasbourg 15 july 1993 (CPT/Inf (93)15).

3.3 *Beklagmogelijkheden en rechtswegen voor de gedetineerden*

3.3.1 *De Commissie van Toezicht (CvT)*

Zeer dicht bij huis voor de gedetineerde is de *Commissie van Toezicht*, die bestaat uit onafhankelijke burgers en die aan elke penitentiaire inrichting is verbonden met de taak – namens de samenleving – toezicht uit te oefenen op een correcte bejegening der gedetineerden. De voorzitter is bij voorkeur een lid van de rechterlijke macht, doch verder maken daarvan doorgaans een vertegenwoordiger van het bedrijfsleven, iemand uit de sfeer van het maatschappelijk werk of van de hulpverlening, een advocaat, een lid van de universitaire gemeenschap, een huisvrouw, en ook altijd een huisarts deel uit. Deze laatste is uiteraard een andere dan de inrichtingsarts.

De gedetineerden kunnen zich met alle denkbare grieven tot deze commissie wenden via de zgn. *maandcommissaris*, het lid dat gedurende een bepaalde maand, nl. tussen twee (maandelijke) commissievergaderingen in, de dienst waarneemt en daartoe om de veertien dagen in de inrichting spreekuur houdt.

De maandcommissaris probeert naar aanleiding van deze grieven te komen tot een bemiddeling tussen de klagende gedetineerde en degene(n) op wiens bejegening of beslissing de grief betrekking heeft. Lukt dit niet en betreft het een directiebeslissing dan kan de grief alsnog resulteren in een klacht bij de hierna te noemen beklagcommissie.

Juist als er sprake is van een grief van technisch-medische aard, zal de maandcommissaris, teneinde tot een bevredigende afhandeling (die veelal in de sfeer van de bemiddeling is gelegen) te kunnen komen, overleg plegen met het medische lid van de commissie: deze geeft advies of neemt in dat geval de bemiddeling over en legt – collegiaal – contact met de inrichtingsarts. Mocht dit niet tot het gewenste resultaat leiden dan zal de weg van de speciale medische klachtbehandeling open staan (zie 3.3.2).

Naast de klachtbemiddelende maandcommissaris bestaat er sedert 1977 een uit drie leden bestaande *beklagcommissie*, die uit de CvT wordt samengesteld. Deze moet klachten van gedetineerden over bepaalde hen betreffende beslissingen, die door of namens de inrichtingsdirectie zijn gegeven, volgens een wettelijk voorgeschreven procedure onderzoeken en daarover vervolgens een uitspraak doen. De klacht wordt ofwel niet ontvankelijk verklaard (bijvoorbeeld omdat deze niet valt onder het bereik van het beklagrecht of te laat is ingediend) ofwel ongegrond of gegrond verklaard: in het laatste geval heeft de commissie de bevoegdheid de gewraakte beslissing geheel of

gedeeltelijk te herzien. De klacht wordt gegrond verklaard als de gewraakte directiebeslissing a) in strijd is met een in de inrichting geldend wettelijk voorschrift of een verbindende bepaling van een alhier geldend verdrag, danwel b) bij afweging van alle in aanmerking komende belangen onredelijk of onbillijk moet worden geacht (zie art. 68 PBW).

Over klachten van eenvoudige aard mag overigens de voorzitter van de beklagcommissie als *unus iudex* beslissen. Het probleem daarbij kan zijn, dat het niet altijd van te voren is te overzien of een klacht van eenvoudige aard blijkt te zijn. De voorzitter kan altijd nog de klacht naar de beklagcommissie verwijzen. Van eenvoudige aard is een klacht als het onderliggende probleem vrij gemakkelijk valt vast te stellen en het niet om een ingrijpende beslissing gaat. Door de Beroepscommissie is daaraan toegevoegd dat de zaak niet een 'princiepelijk karakter' moet hebben.¹⁰

De procedure is sterk administratiefrechtelijk van aard en contradictoair geregeld. Over elk klaagschrift wordt aan de directie een schriftelijke toelichting gevraagd. De klager en de directeur worden in beginsel in elkaars aanwezigheid door de beklagcommissie gehoord. De klager die geen Nederlands spreekt heeft recht op bijstand door een tolk. Iedere klager kan zich doen bijstaan door een rechtsbijstandverlener of een andere vertrouwenspersoon die daartoe van de commissie toestemming heeft verkregen. De beslissing wordt schriftelijk en gemotiveerd gegeven. Eventueel kunnen ook nog getuigen worden gehoord. Alle proceshandelingen zijn aan termijnen gebonden. Zowel de klager als de directeur hebben het recht van beroep bij de Beroepscommissie van de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing.

Het is juist de weg van het beklagrecht, waarlangs in de loop van de tijd de medische verzorging der gedetineerden en het functioneren van de medische dienst in de inrichtingen ter discussie is gesteld en vervolgens nader is genormeerd. Doch daarbij kan het alleen en uitsluitend gaan om het feit dat tijdig en voldoende medische zorg moet worden verleend en dat de medische dienst voldoende efficiënt en zorgvuldig is georganiseerd (zie 2.2). Tot zover strekt immers de verantwoordelijkheid van de directeur wiens beslissingen bij uitsluiting het voorwerp van het beklagrecht zijn (zie art. 60 lid 1 PBW).

Het medisch handelen zelf valt daarbuiten, terwijl daarover in feite – soms veelvuldig – wordt geklaagd. De beklagcommissie moet evenwel klachten van pure medische aard niet-ontvankelijk verklaren. De commissie zal

10 BC 1 juni 1989, A 35/89, PI 1989, nr. 79.

dan steeds uit het klaagschrift en/of de daarop gegeven toelichting(en) dienen te destilleren of er (tevens) een verantwoordelijkheid van de directeur in het geding is. Zo is een klacht over het niet verstrekken van een door de gedetineerde gevraagd medicijn niet ontvankelijk, maar is de klacht over het feit dat het naar de mening van de klagende gedetineerde veel te lang heeft geduurd alvorens hij – na een blessure tijdens de sport te hebben opgelopen – naar het ziekenhuis werd vervoerd, wel ontvankelijk: de arts had de noodzaak daarvan al uitgesproken, doch het vervoer liet op zich wachten.

Overigens kent het beklag- en beroepsrecht de mogelijkheid dat eventuele nadelen die de gedetineerde van de gewraakte beslissing heeft ondervonden worden gecompenseerd in geval van gegrondverklaring van zijn klacht. Vaak gebeurt dit in de vorm van een bescheiden geldbedrag of ‘in natura’ (extra bezoek, extra recreatie, extra telefoneren, extra luchten, etc., zoveel mogelijk in samenhang met de aard van de klacht).

Al geruime tijd – zo moet worden erkend – werd het als een leemte in het beklagrecht ervaren dat klachten van puur medische aard buiten enige vorm van beklagrecht vielen.

Naar aanleiding van de in zijn jaarverslag 1994 (p. 200) door de N.o. uitgesproken bezorgdheid over de medische verzorging in penitentiaire inrichtingen (nadat deze enige malen achtereen een oordeel had moeten geven over een geval, waarin van het overlijden van een gedetineerde sprake was), is een werkgroep ingesteld teneinde de medische zorg voor gedetineerden en de organisatie daarvan door te lichten. In het daaruit voortgekomen rapport ‘Zorg ingesloten’ (1995) werd een aantal aanbevelingen gedaan. Hiertoe hoort ook de aanbeveling om in overeenstemming met de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector te komen tot een centrale commissie ter behandeling van medische klachten in penitentiaire inrichtingen.

3.3.2 Een centrale commissie ter behandeling van medische klachten (in statu nascendi)

In het concept-PM (Penitentiaire Maatregel) is thans voorzien in de instelling van een centrale commissie en in de regeling van een klachtprocedure medische beslissingen (Hoofdstuk 7, artt. 28-34 concept-PM).

De concept-regeling houdt in dat de gedetineerde een beroepschrift kan indienen tegen een handelen of nalaten van de inrichtingsarts (waarmee ook de tandarts en de psychiater worden bedoeld) dat ofwel in strijd is met de zorg die ten opzichte van de gedetineerde in het kader van het verlenen van hulp met betrekking tot diens gezondheidstoestand betracht behoort te

worden, ofwel in strijd is met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.¹¹ Met de inrichtingsarts wordt in dit verband gelijkgesteld de verpleegkundige voorzover deze zelfstandig bevoegd is tot het verrichten van bepaalde medische handelingen, danwel andere hulpverleners die door de inrichtingsarts bij de zorg aan gedetineerden zijn betrokken.

Het beroepschrift moet worden ingediend bij en worden behandeld door een door de CRS benoemde commissie van drie leden, bestaande uit één jurist en twee artsen: bij klachten over de tandarts ligt het voor de hand dat één van beide artsen een tandarts is, bij klachten over de psychiater dat één van beide artsen een psychiater is en bij klachten over een verpleegkundige dat een verpleegkundige in de beroepscommissie zitting heeft.

Alvorens een beroepschrift kan worden ingediend moet door de gedetineerde eerst een schriftelijk verzoek aan de Medisch Adviseur van het ministerie van Justitie worden gedaan om tussen hem en de inrichtingsarts te *bemiddelen*. De Medisch Adviseur stelt de klager in de gelegenheid schriftelijk of mondeling diens klacht toe te lichten, tenzij het aanstonds duidelijk is dat de klacht zich niet voor bemiddeling leent. Hij kan ook bij andere personen inlichtingen inwinnen. Voorts is hij op grond van art. 29 lid 3 concept-PM bevoegd het medisch dossier van de klager in te zien. Krachtens de Ambtenarenwet is hij – zo stelt de Nota van Toelichting – verplicht tot geheimhouding van hetgeen hij in dit verband verneemt. De Medisch Adviseur streeft ernaar binnen 4 weken een voor beide partijen aanvaardbare oplossing te bereiken. Daartoe doet hij – ter afsluiting van zijn bemiddeling – een mededeling van zijn bevindingen aan de gedetineerde en aan de inrichtingsarts. Daarbij wordt de gedetineerde gewezen op de mogelijkheid binnen een bepaalde termijn een beroepschrift in te dienen bij de Beroepscommissie van de CRS.

Een afschrift van deze mededeling wordt gezonden aan de directeur van de betrokken inrichting, die immers eindverantwoordelijke voor de organisatie van de medische zorg is.

In geval de kwestie niet betrekking heeft op medisch handelen verwijst de Medisch Adviseur de klacht alsnog naar de beklagcommissie van de CvT.¹² Als de bemiddeling niet tot een oplossing leidt kan de klager beroep

11 Vgl. art. 47 wet-BIG.

12 Als voorbeeld kan worden genoemd een klacht over de situatie, waarin de arts ter bestrijding van een allergie het gebruik van een beddenhoes voorschrijft in plaats van de gangbare dekens waarna de directeur weigert deze beddenhoes aan te schaffen of daarin zeer lange tijd talmt.

instellen bij de centrale Beroepscommissie voor medische klachten van de CRS. Een en ander ligt in de lijn van de aanbevelingen van het rapport 'Zorg ingesloten', doch wijkt af van het door de directeurs van penitentiaire inrichtingen gegeven advies om regionale commissies in te stellen. De minister van Justitie opteert evenwel voor één centrale commissie vermoedelijk vanwege de eenheid van benadering. Naderhand kan altijd nog, zo stelt de minister in de Nota van Toelichting, op basis van evaluatie voor regionale commissies worden gekozen. De CRS heeft in zijn hoedanigheid van adviesorgaan overigens gepleit voor het belasten van één CvT per Hofressort met de behandeling van het medisch klachtrecht. Daaruit zouden specifieke klachtcommissies moeten worden samengesteld, waarvan een jurist en twee artsen danwel een arts en een verpleegkundige deel zouden moeten uitmaken.¹³

De centrale Beroepscommissie van de CRS is volgens het concept-PM na de poging tot bemiddeling door de Medisch Adviseur de enige instantie. Overigens kan – zoals we zagen – voordat de Medisch Adviseur om bemiddeling wordt verzocht al een bemiddelingspoging vanwege de maandcommissaris van de CvT zijn gedaan.

De gang van zaken bij deze Beroepscommissie is de volgende. Het beroepschrift moet met redenen omkleed uiterlijk op de zevende dag na de ontvangst van de mededeling van de bemiddelaar worden ingediend. Het dient zo nauwkeurig mogelijk het medisch handelen waarover wordt geklaagd en de redenen van het beroep te bevatten. Spreekt de klager geen Nederlands dan kan hij het beroepschrift in zijn eigen taal opstellen, waarna het op rijkskosten in het Nederlands wordt vertaald.

De secretaris van de Beroepscommissie zendt de inrichtingsarts een afschrift van het beroepschrift toe en vraagt het verslag van de bemiddeling op bij de Medisch Adviseur.

Voorts is de Beroepscommissie alsmede diens secretaris op grond van art. 31 lid 1 concept-PM gerechtigd het medisch dossier van de klager in te zien (uit hoofde van de Ambtenarenwet zijn zij verplicht tot geheimhouding van hetgeen zij in dit verband vernemen).

De Beroepscommissie stelt de klager en de inrichtingsarts vervolgens in de gelegenheid omtrent het beroepschrift schriftelijk of mondeling opmerkingen te maken. Eventueel kunnen mondelinge opmerkingen worden gemaakt tegenover één lid van de Beroepscommissie namens deze. Zowel de

13 CRS 25 maart 1997 RA 20/97.

klager als de arts kunnen de voorzitter van de Beroepscommissie vragen opgeven die zij aan de ander gesteld willen zien.

De Beroepscommissie kan de arts en de klager buiten elkaars aanwezigheid horen. In dat geval worden zij in de gelegenheid gesteld vooraf de vragen op te geven die zij gesteld wensen te zien en wordt daarna de aldus afgelegde verklaring door de voorzitter aan de klager resp. de arts mondeling meegedeeld. Daarnaast kan de Beroepscommissie ook bij andere personen inlichtingen inwinnen.

De klager heeft het recht zich te doen bijstaan door een rechtsbijstandverlener of een andere vertrouwenspersoon die daartoe van de commissie toestemming heeft verkregen. Indien de klager de Nederlandse taal niet voldoende beheerst, draagt de voorzitter zorg voor de bijstand van een tolk. De klager heeft recht op inzage van alle gedingstukken.

De Beroepscommissie doet zo spoedig mogelijk uitspraak. Deze is met redenen omkleed en gedagtekend. Voor de klager die geen Nederlands spreekt, wordt de uitspraak vertaald. De uitspraken zijn – geanonimiseerd – openbaar. De uitspraak van de Beroepscommissie strekt tot gehele of gedeeltelijke niet-ontvankelijkheid van het beroep, ongegrondverklaring van het beroep of gegrondverklaring van het beroep.

Indien de klacht (geheel of gedeeltelijk) gegrond verklaard wordt bepaalt de Beroepscommissie of enige tegemoetkoming aan de klager geboden is en zo ja waaruit deze moet bestaan (deze kan van geldelijke aard zijn).

De in dit verband aan de gedetineerde toegekende rechten kunnen mede worden uitgeoefend door de curator ingeval de gedetineerde onder curatele is gesteld, door een mentor ingeval ten aanzien van de gedetineerde een mentorschap is ingesteld of door de ouders als de gedetineerde minderjarig is, tenzij de Medisch Adviseur of de Beroepscommissie van oordeel zijn dat zwaarwegende belangen van de gedetineerde zich hiertegen verzetten. De directeur draagt zorg dat de genoemde personen op deze rechten opmerkzaam worden gemaakt (vergelijk art. 75 PBW dat hetzelfde bepaalt ten aanzien van het reguliere beklag- en beroepsrecht).

Ik merk op dat de nabestaanden van een inmiddels overleden gedetineerde in dit verband niet worden genoemd, terwijl deze wel een klacht bij het MTC, bij de strafrechter en bij de N.o. vermogen te deponeren.

In overeenstemming met het advies van de CRS is gekozen voor een beroepsinstantie na een – op zichzelf gereguleerde – bemiddelingsfase. Dit kan worden beschouwd als een klachtbehandeling in twee instanties. Dat deze gang van zaken afwijkt van de reguliere procedure inzake beklag en

beroep wordt kennelijk gerechtvaardigd door het sterk professionele karakter van deze 'medische rechtspraak'.

3.3.3 *De kort geding-rechter*

De beperkte reikwijdte en de leemten van het beklag- en beroepsrecht voor gedetineerden kunnen eventueel worden aangevuld door het voeren van een kort geding.

Dit laatste heeft zich meer dan eens voorgedaan met betrekking tot zeer verschillende elementen van de detentiesituatie, zoals de beloning van de arbeid, het recht op vereniging en vergadering etc. etc.

Zolang er van geen specifieke voorziening voor medische klachten sprake is, kan de gedetineerde daarvoor evenmin bij de kort geding-rechter terecht: deze acht zich niet bevoegd tot het beoordelen van het medisch handelen door de inrichtingsarts.

Maar wèl kunnen bepaalde aspecten van de medische verzorging als zodanig aan het oordeel van de kort geding-rechter worden onderworpen, nl. als deze als een onrechtmatige daad jegens de gedetineerde kunnen worden aangemerkt.

Zo werd in 1997 een aantal uitspraken in kort geding gedaan betreffende de methadon-verstrekking aan een verslaafde gedetineerde door tussenkomst van een arts van buiten de inrichting omdat de inrichtingsarts zover niet wilde gaan. In de meeste gevallen werd de eis van de gedetineerde tot voortzetting van het methadongebruik binnen de muren toegewezen: de desbetreffende gedetineerden moesten in staat worden gesteld een arts te kiezen, die bereid was hen methadon voor te schrijven.

De zaak van Hof Amsterdam 11 september 1997 323/975 SKG betrof een situatie waarin inrichtingsartsen aan een langdurig verslaafde gedetineerde een lagere dosis methadon hadden voorgeschreven dan de externe artsen van de GG en GD die hem vóór zijn detentie hadden behandeld noodzakelijk achtten. De inrichtingsartsen hielden evenwel vast aan hun eigen beleid, stellende dat de methadonverstrekking in de detentiesituatie een andere is dan die in de vrije samenleving en dat ten aanzien van verslaafde gedetineerden een ander uitgangspunt wordt gehanteerd.

Het Hof Amsterdam was evenwel van oordeel dat de verstrekking van methadon door artsen van buiten, in casu van de GG en GD aan een gedetineerde die al een langdurige onderhoudsdosis methadon heeft gehad, niet kan worden beschouwd als een zodanige verstoring van de interne orde, rust en veiligheid in de inrichting dat het grondrecht op privacy en op gezondheids-

zorg, daaronder begrepen het recht op vrije artsenkeuze, noodzakelijkerwijze beperkt zou moeten worden op de voet van het tweede lid van art. 8 EVRM en art. 15 lid 4 Grondwet (inhoudende dat mensen die rechtens van hun vrijheid zijn benomen in de uitoefening van hun grondrechten beperkt mogen worden voorzover de uitoefening daarvan zich niet met de vrijheidsontneming verdraagt). Een dergelijke noodzaak van beperking van het recht op privacy zou door de inrichtingsartsen moeten worden aangetoond, hetgeen echter achterwege was gebleven. De eis van de gedetineerde werd toegewezen. Daarbij heeft ook een rol gespeeld de inmiddels van de kant van de Medisch Adviseur van het ministerie van Justitie aan alle inrichtingsartsen rondgezonden Handleiding Methadonverstrekking aan gedetineerden, in de lijn waarvan de uitspraak van het Hof geheel en al past.

In een ander kort geding, President Rechtbank Den Haag 14 augustus 1997, 97/970 ging het om een (vrouwelijke) gedetineerde die al 19 jaar verslaafd was aan harddrugs en die steeds voor langere periodes een onderhoudsdosis methadon had genoten. De Haagse kort geding-rechter betrok niet de Handreiking bij zijn uitspraak, hoewel daarin nu juist over gevallen als het onderhavige een speciaal advies wordt gegeven, nl. om bij zeer langdurige verslaving en als er van een medische indicatie sprake is in overleg met de behandelend arts de onderhoudsdosis te continueren. De rechter wilde niet treden in de beoordeling van het medisch handelen door de inrichtingsarts, die van mening was dat een medische indicatie in dit geval ontbrak. Het lijkt me voor de betrokken gedetineerde moeilijk zo niet ondoenlijk om het bestaan van een medische indicatie aannemelijk te maken, zoals de rechter van haar verwachtte.¹⁴

3.3.4 *De Nationale ombudsman (N.o.)*

Door het instituut van de N.o. worden burgers niet alleen beschermd tegen onrechtmatige gedragingen van de overheid, maar ook tegen haar *niet behoorlijke* gedragingen. Al hebben de uitspraken van de N.o. formeel geen bindende kracht, de zeggingskracht van deze 'pseudo-rechterlijke instantie' moet bepaald niet worden onderschat.¹⁵ In de praktijk blijken de openbare rapporten een grote overredingskracht te bezitten. Het is opvallend dat de N.o. per jaar niet meer dan circa acht verzoekschriften van gedetineerden in

14 Zie ook Sancties 1997, nrs. 57 en 58.

15 A. Brouwer, *De Nationale ombudsman en het detentierecht*, in de bundel: *Binnen de steen van dit bestaan* (J.A. Janse de Jonge e.a. red.), Gouda Quint 1993, p. 160.

onderzoek neemt. Vergeleken bij de grote hoeveelheid rapporten die jaarlijks alleen al over de politie worden uitgebracht is dit een uiterst bescheiden aantal.¹⁶ Waarschijnlijk speelt hierbij een belangrijke rol dat de N.o. op grond van art. 13 Wet N.o. verplicht is te verwijzen, als de verzoeker ook de mogelijkheid heeft om zich tot een 'wettelijk geregelde administratief-rechtelijke voorziening' te wenden, kortom als er al een wezenlijke vorm van rechtsbescherming voorhanden is. En het beklagrecht van gedetineerden is zo'n wettelijke rechtsweg. Ook als de beklag- en beroepsrechter uitspraak hebben gedaan en de klager zich alsnog tot de N.o. wendt omdat hij het met de uitspraak niet eens is dan blijft onderzoek door de N.o. achterwege. Hiertoe mist hij de bevoegdheid ingevolge art. 16 sub e Wet N.o. Zou de N.o. evenwel de overtuiging hebben dat geen dubbel onderzoek zal plaatsvinden omdat bijvoorbeeld de beklagzaak op een specifiek aspect van een bepaalde problematiek gericht is, dan zal de N.o. zich in beginsel wél ontvankelijk verklaren.

In zijn jaarverslag over 1994 maakte de Nationale ombudsman melding van maar liefst een viertal klachten betreffende omstandigheden waaronder gedetineerden waren overleden tijdens hun detentie: klachten daarover hadden de N.o. nooit eerder bereikt.¹⁷ Wél was voorheen veelvuldig over het weigeren van medische hulp en het verstrekken van medicijnen geklaagd, in het bijzonder in politiecellen,¹⁸ terwijl ook door de N.o. een sterfgeval in de politiecel was onderzocht van iemand, die op grond van vermeende dronkenschap was gearresteerd doch later bleek vlak voor zijn arrestatie door een hersenbloeding te zijn getroffen zonder dat van enig medisch toezicht tijdens zijn verblijf in de politiecel sprake was geweest. De N.o. deed de aanbeveling (poging tot) suïcide en andere sterfgevallen in politiecellen zo spoedig mogelijk te registreren.¹⁹

Sedert 1994 evenwel is door onderzoek vanwege de N.o. naar voren gekomen dat het ook in een huis van bewaring zodanig kan schorten aan tijdige, adequate medische zorg dat een gedetineerde kan komen te overlijden of tot suïcide kan komen.

Het eerste geval betrof een psychiatrische patiënt, die na uit de gesloten afdeling in het psychiatrisch ziekenhuis te zijn uitgebroken, omdat hij nog

16 A. Brouwer, op. cit., p. 165.

17 Jaarverslag N.o. 1994, TK 1994-1995, 24125, p. 200.

18 Jaarverslag N.o. 1993, TK 1993-1994, 23655, p. 140; zie ook: A. Brouwer, op. cit., p. 176.

19 Rapport N.o. 93/210; zie ook: A. Brouwer, op. cit., p. 175.

een inmiddels opgelegde vrijheidsstraf van vier weken moest uitzitten eerst zes dagen in een politiecel was geplaatst alvorens naar een huis van bewaring te worden overgebracht. Zijn hem aldaar bezoekende moeder had ruim twee weken later de dienstdoende bewaarder gewaarschuwd voor het suïcide-risico van haar zoon. Dit leidde wel tot extra toezicht onder de nachtploegen, maar niet alle bewaarders, noch de inrichtingsarts noch de verpleegkundigen noch de districtspsychiater werden op de hoogte gesteld. Naar aanleiding van de daarop gevolgde suïcide werd door de N.o. een aantal onjuistheden in de gang van zaken gesignaleerd.²⁰

Een tweede geval betrof een drugsverslaafde gedetineerde, ten aanzien van wiens gezondheidstoestand het dienstdoende personeel in het huis van bewaring zeer specifieke waarnemingen had gedaan (hij had ernstige pijnen in al zijn ledematen, was gevallen en kon niet overeind komen etc.), zonder dat dit tot initiatief van de directeur had geleid om de inrichtingsarts te waarschuwen.²¹ Het personeel deed dit een dag later zelf, doch de gedetineerde was reeds bij aankomst van de arts overleden. Hierbij kwam nog dat de arts niet binnen vijftien minuten na de waarschuwing aanwezig was hetgeen voor huisartsen in spoedgevallen de landelijke norm is.²²

In een derde geval had eerst onder meer tegen de gevangenisarts een gerechtelijk vooronderzoek plaatsgevonden wegens het vermoeden van dood door schuld. Dit leidde tot een sepot. Vervolgens kwam uit het onderzoek door de N.o. naar voren, dat de betrokken (drugsverslaafde) gedetineerde was overleden aan een vorm van tuberculose. De (waarnemend) inrichtingsarts had enige maanden daarvoor pijnklachten in zijn rug en benen niet al te ernstig opgevat en ondanks zijn herhaalde verzoeken om doorverwijzing naar een specialist slechts pijnstillers gegeven en krukken doen verschaffen. Maar daarna was zijn toestand erg verslechterd. Het eind van de geschiedenis was dat de gedetineerde overleed. De N.o. zag in de gedragingen van alle betrokken functionarissen, zowel inrichtingsarts als directie, een vorm van nalatigheid.²³ Zie hierover ook 3.2.4.

In alle hier genoemde rapporten heeft de N.o. aanbevelingen gedaan om herhaling van de desbetreffende soorten overlijden van gedetineerden te voorkomen, respectievelijk door overleg te voeren met de medische staf in

20 Rapport N.o. 94/483, zie jaarverslag N.o. 1994, TK 1994-1995, 24125, p. 200-204.

21 Het verwachten van initiatieven van de kant van de directie is in overeenstemming met de jurisprudentie van de Beroepscommissie van de CRS, zie 2.2.

22 Rapport N.o. 94/487, zie jaarverslag N.o. 1994, TK 1994-1995, 24125, p. 205-207.

23 Rapport N.o. 95/5117; zie jaarverslag N.o. 1995, TK 1995-1996, 24635, p. 236-238.

het psychiatrisch ziekenhuis en met het OM alvorens wordt overgegaan tot aanhouding ter uitvoering van een strafvonnis bij een aldaar verblijvende psychiatrische patiënt, door het treffen van een toereikende regeling voor de waarneming van de inrichtingsarts op uren dat deze niet in de inrichting aanwezig is door waarnemende artsen die in de directe omgeving van het huis van bewaring wonen en tenslotte door het treffen van passende accommodatie in elke penitentiaire inrichting voor de verzorging van zieke gedetineerden voor wie plaatsing in een ziekenhuis (nog) niet is geïndiceerd.

Naar aanleiding van de in het jaarverslag 1994 (p. 200) door de N.o. uitgesproken bezorgdheid over de medische verzorging in penitentiaire inrichtingen heeft de minister van Justitie een werkgroep ingesteld die in haar rapport 'Zorg ingesloten' (1995) een aantal aanbevelingen heeft gedaan ter verbetering van de organisatie van de medische verzorging in penitentiaire inrichtingen.

3.3.5 *De Europese rechtspraak*

Van de Europese rechtspraak is ontegenzeggelijk een belangrijke positieve invloed op onze strafrechtspleging uitgegaan, vooral op het strafprocesrecht.²⁴ Met name als het rechterlijk oordeel over een vermeende schending van een verdragsartikel een strafrechtelijke vervolging of veroordeling in de weg staat, is onmiskenbaar een niet gering belang voor de burger in het geding. Doch nergens komen mensenrechten zo permanent, zo indringend en zo gecumuleerd in het gedrang als in de detentiesituatie. Het gedetineerd zijn op zichzelf vormt immers al de ontneming van het meest wezenlijke, natuurlijke rechtsgoed van de mens, namelijk diens fysieke vrijheid en integriteit, terwijl daarnaast het verblijf in de gevangenis eo ipso nog vele andere forse deprivaties met zich meebrengt. Anders dan men wellicht zou denken, valt evenwel voor gedetineerden in het kader van het EVRM weinig verandering in hun basale situatie te bewerkstelligen.²⁵ Het denkconcept dat aan dit verdrag ten grondslag ligt is kennelijk te abstract om ten aanzien van detentiesituaties gemakkelijk tot concrete gevolgtrekkingen over de schen-

24 Zie voor een tussentijdse evaluatie A.H.J. Swart, Rechten van de mens in de strafrechtspleging, in: DD 1989, p. 554-572; zie ook B.E.P. Myjer, in: 45 jaar EVRM, special NJCM-Bulletin 21-1, Leiden 1996, p. 171-185.

25 Zie G. Smaers, Gedetineerden en Mensenrechten, diss. Leuven, Maklu, 1994, Deel I; vgl. A. Reynaud, Human rights in prisons, Strasbourg, 1986.

ding van bijvoorbeeld artikel 3 EVRM (het martuiverbod) te kunnen komen:²⁶ er moet wel van een dramatische wantoestand sprake zijn wil deze binnen het bereik van artikel 3 vallen.²⁷ In dat licht wordt ook de medische verzorging van de gedetineerden beoordeeld, welke zeer fundamenteel tekort moet schieten om beneden de door artikel 3 gestelde ondergrens te blijven:²⁸ de ECRM erkent pas een gebrekkige medische verzorging als deze tot het niveau van de 'onmenselijke behandeling' is gedaald, maar aanvaardt niet een positief recht op een goede medische verzorging op zichzelf die aan bepaalde kwaliteitseisen heeft te voldoen.

Bovendien verklaart de ECRM veel klachten die verband houden met de medische verzorging van gedetineerden niet-ontvankelijk, nl. als de betrokkene wegens gezondheidsredenen het recht claimt op vervroegde invrijheidstelling of op strafonderbreking, danwel om in een extern ziekenhuis door een zelf gekozen arts te worden behandeld: deze rechten worden niet door het EVRM gegarandeerd.²⁹ Voorts wordt door de ECRM geëist dat beweerde zware nalatigheden aan de kant van het gevangenispersoneel worden aangetoond evenals het feit dat de gezondheid van de klager hierdoor ernstig in gevaar is gebracht.³⁰

Ook een gedwongen medische behandeling kan het voorwerp van klacht zijn. Het EHRM maakte laatstelijk nog eens uit, dat in geval van medische noodzaak het onder dwang aan gedetineerden toedienen van tranquillizers en psychofarmaca niet in strijd is met art. 3 EVRM, mits deze behandeling medisch is te verantwoorden ('a measure which is a therapeutic necessity').³¹

Als een gedetineerde tijdens de detentie overlijdt, zal dit al evenmin snel als een gevolg van schending van artikel 2 EVRM worden opgevat, waar het daarbij om een algemene verplichting voor de overheid gaat passende

26 Hooguit komt de Europese Commissie naar aanleiding van een beweerde schending van art. 3 vanwege detentie-omstandigheden tot een minnelijke schikking ex art. 28 lid 2 EVRM, zie H.C. Krüger in: 40 jaar EVRM, special NJCM-Bulletin, Leiden 1990, p. 142 e.v.

27 G. Smaers, op. cit., p. 176.

28 Zie J.K.M. Gevers, *Het EVRM en de gezondheidszorg*, Ars Acqui Libri, 1994, p. 45.

29 G. Smaers, op. cit. p. 184.

30 Zie *Herold vs. Oostenrijk*, ECRM 2 februari 1971, nr. 4340/69, Collection of Decisions 38, 18.

31 *Herczegfalvy vs. Oostenrijk*, EHRM 24 september 1992, NJ 1993, 523.

maatregelen te treffen ter bescherming van het leven.³² En in zijn algemeenheid is dat bij ons zeker het geval. Tenslotte bieden ook de uitzonderingsclausuleringen ruimte voor royale inperkingen van de verdragsrechten in detentiesituaties.

32 P. van Dijk en G.J.H. van Hoof, *De Europese Conventie in theorie en praktijk*, Ars Aequi Libri 1982, p. 216. Al in 1899 schreef L.S. Meijer in *De Gids* (1899, p. 408): 'de Regeering stelt in de gevangenissen tal van hulpmiddelen beschikbaar ten einde den gevangene voor ziek worden te behoeden en hem in geval van ziekte de diensten der geneeskundige wetenschap te doen geworden'.

4 Medische problemen van bijzondere aard

4.1 De verslavingsproblematiek

4.1.1 Maatregelen ter bestrijding van drugsgebruik

Een belangrijk probleemveld wordt gevormd door het enorm toegenomen aantal *verslaafde druggebruikers* in de inrichtingen. Vormde in 1981 hun aantal nog 18% van het totale aantal gedetineerden,¹ in 1985 stond ruim een derde van de gedetineerden, zowel in de hvb's als in de gevangenissen, geregistreerd als harddrugsverslaafden.² En in 1992 werd aangenomen dat tenminste 50% van de gedetineerden met verslavingsproblemen had te kampen.³ Ongeveer 10% van de inrichtingsbevolking is bovendien verslaafd aan alcohol. Deze getallen zijn er ongetwijfeld niet lager op geworden.

Het beleid is er steeds op gericht geweest de aanwezigheid van drugs, in het bijzonder harddrugs, in de inrichtingen zoveel mogelijk te beperken, niet alleen omdat hierdoor de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming wordt verstoord maar ook omdat druggebruik het streven naar resocialisatie doorkruist.

Het is bekend dat ondanks tal van maatregelen niet alleen heroïne of cocaïne, maar ook cannabisproducten op grote schaal de inrichtingen binnenkomen, hetgeen tot hoogst ongewenste toestanden kan leiden, o.a. tot een subcultuurvorming onder gedetineerden krachtens welke sommige gedetineerden een informele macht over anderen gaan uitoefenen door middel van drugs en geld.⁴ Dit zijn belangrijke ruilobjecten in de inrichtingen. Hoe een en ander precies binnenkomt is vaak een raadsel, maar het moet langs de weg van het bezoek van buiten zijn beslag krijgen. Bijvoorbeeld via een begroetingszoen wordt een piepklein pakje heroïne overgedragen dat vervolgens vernuftig en ongemerkt in de anus of de vagina wordt gefrommeld, soms via een bezoek aan het toilet van de bezoekerimte. Het

1 Zie de nota Taak en Toekomst van het Nederlandse Gevangeniswezen, 1982, p. 73-78.

2 'Drugvrije detentie', rapport van de werkgroep Drugvrije Afdelingen, ministerie van Justitie, 's-Gravenhage 1985, p. 16 en 19.

3 E.C. Vermeulen, Twee studies over drugvrije afdelingen, Sancties 1993, p. 361.

4 M. Grapendaal, in: Drugs en strafrecht, Justitiële Verkenningen 1987, nr. 3, p. 63.

bezoek vindt in beginsel collectief plaats onder toezicht van een of twee piw-ers.⁵

Als drugs bij een gedetineerde persoonlijk of in zijn cel worden aangetroffen, dan is hij disciplinair strafbaar. Gaat het om harddrugs dan zal het OM daarvan in kennis worden gesteld.

Juist om deze redenen is in de loop van de tijd de mogelijkheid tot stelselmatige *visitatie* uitgebreid. Op grond van de nieuwe PBW (art. 29 lid 1) is de directeur bevoegd een gedetineerde bij binnenkomst of bij het verlaten van de inrichting, maar ook voorafgaand aan of na afloop van bezoek danwel indien dit anderszins noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting te onderzoeken aan zijn lichaam (*visitatie*) of aan zijn kleding (*fouillering*). Het onderzoek aan het lichaam van de gedetineerde omvat mede het uitwendig schouwen van alle lichaamsopeningen en -holten. Dit kan betekenen dat de gedetineerde zich indien dit noodzakelijk wordt geacht na ieder bezoek geheel dient te ontkleden teneinde zich aan een dergelijke *visitatie* door een piw-er (zoveel mogelijk van hetzelfde geslacht) te onderwerpen. Zou uit bepaalde feiten of omstandigheden het vermoeden zijn ontstaan dat een gedetineerde verdovende middelen (bijvoorbeeld cocaïnebolletjes) heeft ingeslikt, dan kan hij zelfs *in* het lichaam worden onderzocht (bijvoorbeeld met een endoscoop).

Dit onderzoek in het lichaam, dat veel verder gaat dan het uitwendig schouwen bij een onderzoek aan het lichaam, dient te geschieden door een arts of een verpleegkundige, nadat de directeur heeft beslist dat 'dit noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar voor de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting danwel voor de gezondheid van de gedetineerde' (art. 31 lid 1 PBW). Hiervoor gelden derhalve zwaarwegende gronden.

Worden bij *visitatie*, *fouillering* of onderzoek in het lichaam voorwerpen aangetroffen die niet in het bezit van de gedetineerde mogen zijn, dan is de directeur bevoegd deze in beslag te nemen en deze hetzij te doen bewaren, hetzij met toestemming van de gedetineerde te doen vernietigen, hetzij ze aan een opsporingsambtenaar ter hand te doen stellen (art. 29 lid 4 en 31 lid 3 PBW).

5 M. Grapendaal, op. cit., p. 57, noemt nog een aantal andere bekend geworden smokkelmanieren: verwisselen van schoeisel tijdens de bezoeken, verbergen onder de postzegels van brieven, laten inblikken en versturen als sinterklaassurprise, verbergen in legaal in te voeren artikelen als radio's en fruit, een kinderkaart van 'het neefje' van de gedetineerde aan 'oom' met een mechaniek dat bij nadere beschouwing met wit poeder is gevuld, etc.

4.1.2 *Urinecontroles*

Voorts kan de directeur, o.a. indien dit noodzakelijk is in het belang van de orde of de veiligheid in de inrichting, een gedetineerde verplichten *urine* af te staan ten behoeve van een onderzoek van die urine op aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen (art. 30 lid 1 PBW). De wijze van de uitvoering van het urineonderzoek is nader geregeld bij ministeriële circulaire.⁶ Urinemonsters worden door de badmeester of door een ander personeelslid afgenomen in de bad- of toiletruimte waar visueel toezicht mogelijk is.

Door de directeur kunnen aan de gedetineerde sancties worden opgelegd bij een positieve uitslag, in geval van weigering om aan de test mee te werken en bij fraude met het monster (bijvoorbeeld door vliegenschvulug en ongemerkt zeepsop of water aan het bekertje urine toe te voegen).

In de betreffende circulaire wordt gesteld dat weigering tot medewerking moet worden beschouwd als een aanwijzing voor recent drugsgebruik, hetgeen disciplinair strafbaar is. Het is evenwel de vraag vanaf welk moment een niet urine producerende gedetineerde voor een weigeraar(ster) moet worden gehouden.

In sommige inrichtingen krijgt de gedetineerde drie uur de tijd om urine te produceren,⁷ in andere zes uur, maar de Beroepscommissie stelt zich op het standpunt dat wanneer urine niet binnen redelijke termijn blijkt te kunnen worden geleverd (en er geen sprake is van weigering) een afzonderingsmaatregel kan worden toegepast voor een tijdsduur die nodig is om de urine in alle rust te kunnen produceren: vroeg of laat komt deze natuurlijkerwijze toch wel.⁸ Terecht wordt het stellen van fatale, te korte termijnen (die bovendien per inrichting blijken te verschillen) afgekeurd.

Op eigen kosten kan de gedetineerde een *contra-expertise* doen plaatsvinden. Is de uitslag daarvan alsnog negatief dan krijgt hij de kosten vergoed. Was er al een disciplinaire straf opgelegd dan zal in dat geval een klacht daarover gegrond verklaard moeten worden.⁹

4.1.3 *Begeleiding en de VBA's*

Naast controle wordt ook veel gedaan aan de begeleiding van de drugsproblematiek van individuele gedetineerden, o.a. door medewerkers van de consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's), maar ook door niet-

6 Circulaire van 2 juli 1992, nr. 212260/92 DJ, Sa 1992, 59.

7 BC 30 augustus 1996, A 96/188, Sa 1996, nr. 80.

8 BC 10 november 1995, A 95/470, Sa 1996, nr. 12.

9 BC 18 juli 1995, A 95/301.

justitiegebonden hulpverleners en hulpverlenende instellingen. Voor de toelating van niet-justitiegebonden organisaties tot de inrichtingen geldt een speciale regeling.¹⁰ In het algemeen kan worden gezegd dat de reclassering zijn inspanningen ten behoeve van gedetineerden in het kader van het penitentiaire inrichtingswerk allengs heeft verminderd (het accent van de reclasseringsbemoediging is de laatste jaren steeds meer op de tenuitvoerlegging van taakstraffen komen te liggen), terwijl bovendien de reclassering selectiever is geworden en zich meer en meer beperkt tot hulpverlening aan degenen die zich daartoe gemotiveerd tonen en enige kans op 'succes' bieden.¹¹

Het penitentiair drugsbeleid is dus niet alleen gericht op het aanpakken van drugsproblemen omwille van de beheersbaarheid van de inrichtingen, maar tevens op de opvang en de begeleiding van verslaafde gedetineerden. Maar ook zijn er, al dan niet verslaafde, gedetineerden die beschermd willen worden tegen drugs, zeker als deze in de inrichting op een dominante en wellicht verleidelijke wijze aanwezig zijn. Daartoe zijn in verschillende inrichtingen drugvrije afdelingen ingesteld, die apart en autonoom functioneren, waarin aan de verslaafden (medische en psychosociale) hulp kan worden verleend.

Intussen zijn deze drugvrije afdelingen, die onder die naam bekend waren omgedoopt tot VBA's, Verslavings Begeleidings Afdelingen. Het gevangeniswezen telt er thans circa tien (in 1996 waren 446 VBA-plaatsen beschikbaar).

Voorzover deze afdelingen als zodanig door de minister van Justitie ex art. 8 lid 2 PBW zijn aangewezen als afdeling met een aparte bestemming in de zin van een bijzondere opvang, waar ook gedetineerden uit andere inrichtingen kunnen worden geplaatst, geschiedt de plaatsing door de door de minister aangewezen selectiefunctionaris (art. 15 lid 3 PBW).

Tegen al diens beslissingen tot plaatsing in of overplaatsing naar een bepaalde inrichting of afdeling voor bijzondere opvang kan de betrokken gedetineerde een bezwaarschrift indienen en dit ten overstaan van de selectie-

10 Regeling van de minister van Justitie van 25 augustus 1997, nr. 644939/97 DJI. Het bezoek door vertegenwoordigers van deze organisaties wordt niet in mindering gebracht op het 'reguliere' bezoek door familie en vrienden. In beginsel kan dit bezoek zonder toezicht plaatsvinden. De organisatie wordt eerst uitgebreid gescreend, moet statuten hebben en moet ingeschreven zijn bij een Kamer van Koophandel. Een commissie waarin o.a. drie directeurs van penitentiaire inrichtingen zitting hebben beslist over de toelating van de organisatie.

11 Zie het Strategisch Meerjarenplan 1996-1999 van de Reclassering Nederland met de veelzeggende titel: 'Gemotiveerd kiezen'.

functionaris nader toelichten (art. 17 PBW). Maar ook kan de gedetineerde bij hem een verzoek indienen tot plaatsing naar een bepaalde inrichting of afdeling voor bijzondere opvang (art. 18 PBW).

Tegen voor de gedetineerde (geheel of gedeeltelijk) ongunstige beslissingen (ongegrondverklaring van het bezwaarschrift of afwijzing van het verzoek ex art. 18 PBW) kan de gedetineerde vervolgens beroep aantekenen bij de CRS (art. 72 en 73 PBW).

Gaat het om een interne afdeling van een inrichting, dus door de directie zelf ingesteld ten behoeve van de aldaar verblijvende gedetineerden, dan heeft de gedetineerde het reguliere beklag- en beroepsrecht tegen de beslissing van de directie om hem al dan niet in deze afdeling te plaatsen.

De regimes die in de VBA's heersen hebben als zeer belangrijk element de urinecontroles. Bij gebleken gebruik van harddrugs of pillen plegen er sancties te worden toegepast, zoals wegplaatsing naar een andere vleugel (gedurende enige tijd), danwel de tijdelijke ontzegging van bepaalde programma-onderdelen, maar ook kunnen disciplinaire straffen worden opgelegd.

4.1.4 Methadonverstrekking door de arts

Een belangrijke complicatie in de drugsproblematiek is altijd geweest, dat de medische diensten van de inrichtingen soms zeer verschillende standpunten huldigen met betrekking tot de behandeling van drugsproblemen: sommige artsen schrijven in geval van verslaving een methadononderhoudskuur voor, anderen houden vast aan een afbouw-programma. Dit is voor gedetineerden een uiterst onzekere en verwarrende situatie, die onmiskenbaar het karakter van willekeur heeft.¹²

Inmiddels is wel het besef gegroeid dat het de gedetineerden toekomstende recht op gezondheidszorg mede het recht op behandeling van drugsverslaving betreft, al zal dat recht mogen worden ingeperkt voorzover de orde en rust in de inrichting daardoor zou worden verstoord (hetgeen in overeenstemming is met art. 15 lid 4 Gw) of als de arts dit niet zou kunnen verenigen met zijn medisch-professionele standaard.¹³ Niettemin lijkt het erop dat sommige artsen zich mede door hun eigen (negatieve) gevoelens jegens gedetineerden laten leiden.¹⁴ Dit laatste kan via het medische klachtrecht en vooral nog

12 X. van Balen, *Afkicken of slikken; methadon achter de tralies*, Wetenschapswinkel Rechten, Universiteit Utrecht 1997, p. 20.

13 H.J.J. Leenen, *Handboek Gezondheidsrecht Deel I*, derde druk 1994, p. 30.

14 X. van Balen, *ibidem*.

via de kort geding-rechter (zie hoofdstuk 3) worden bestreden. Dit neemt niet weg dat de grote voorstander van de optimale convergentie tussen behandeling buiten en binnen de inrichting, de voormalig Adviseur voor verslavingsaangelegenheden bij het ministerie van Justitie P.A. Roorda, in 1987 erkende dat een compleet programma om tijdens de detentie een verslaving te behandelen principieel 'niet bestaanbaar' is: 'Het overwinnen van een verslaving vraagt voornamelijk het leren omgaan met keuzemogelijkheden, die er tijdens de detentie nu eenmaal weinig zijn'.¹⁵ In bepaalde gevallen is het dan ook de meest aangewezen weg dat de gedetineerde onder toepassing van art. 42 lid 4 sub c PBW in een verslavingskliniek wordt opgenomen.

Al geruime tijd is gestreefd naar eenheid in de medische benadering van de drugsproblematiek binnen de muren. In 1985 heeft de genoemde Adviseur een notitie aan alle inrichtingsartsen gezonden.¹⁶ Daarin werd onderscheid gemaakt tussen de categorie van de kortgestraften die na afloop van de detentie weer zullen terugkeren in het methadonprogramma waaruit zij zijn gekomen en die van de langgestraften die na hun veroordeling naar een gevangenis worden overgeplaatst. Het advies hield kort gezegd in: de eerste categorie een onderhoudsdosis methadon onthouden heeft geen zin, terwijl ten aanzien van de laatste categorie in beginsel naar een afbouw zal worden gestreefd. Dit advies heeft bij mijn weten inderdaad meer eenheid in de medische gedragslijn gebracht.

In juli 1997 is mede naar aanleiding van een aantal kort gedingen waarbij de eis van gedetineerden tot het mogen voortzetten van methadongebruik werd toegewezen¹⁷ (zie onder 3.3.3) door de huidige Medisch Adviseur van het ministerie van Justitie wederom over dit onderwerp aan alle inrichtingsartsen een rondschrĳven gezonden. Het dringende advies dat in de daarin vervatte 'Handreiking Methadonverstrekking aan gedetineerden' wordt gegeven past geheel in de lijn van de notitie van 1985.

Deze Handreiking houdt in dat de gedetineerde die gedurende de laatste 2 weken vóór insluiting geen heroïne en/of methadon heeft gebruikt geen methadon verstrekt krijgt en dat de kortgestrafte die dat wel deed desgewenst een onderhoudsbehandeling kan krijgen.

Met betrekking tot gedetineerden bij wie tevens sprake is van een

15 P.A. Roorda, in: Drugs en strafrecht, Justitiële Verkenningen 1987, nr. 3, p. 50-51.

16 Zie PI 1986, nr. 5.

17 Zie DD 1997, p. 585.

ernstige ziekte (bijvoorbeeld HIV-seropositiviteit of tuberculose) kan een onderhoudsbehandeling worden gecontinueerd of gestart. Ook als er sprake is van een psychiatrisch beeld, waarbij het staken van de methadonbehandeling medisch onverantwoord is, danwel van een zeer langdurige verslaving en zeer langdurig methadongebruik (bijvoorbeeld langer dan 15 jaar) wordt geadviseerd de behandeling te continueren in overleg met de behandelend arts. Alle overige gedetineerden evenwel zullen in een afbouwprogramma terecht komen.

Het wordt van belang geacht dat de inrichtingsarts in overleg met de gedetineerde tot overeenstemming ziet te komen omtrent wat de voor te schrijven medicatie in het individuele geval zal zijn en om dit steeds in een 'behandelingsplan' vast te leggen.

Het is de bedoeling dat aldus de mogelijkheid wordt uitgesloten dat een gedetineerde afhankelijk van de inrichting waarin hij toevallig wordt ingesloten wel of niet opiaatvervangende middelen voorgeschreven kan krijgen. In nadien gevoerde kort gedingen is door de rechter al met deze Handreiking rekening gehouden (zie 3.3.3).

Waar inrichtingsartsen weigeren methadon te verstrekken in overeenstemming met de Handreiking is de gedetineerde aangewezen op het voorschrijven van de desbetreffende methadonverstrekking door een externe arts. Op deze wijze wordt met het door de kort geding-rechter toegekende recht op methadonverstrekking in bepaalde gevallen tegelijkertijd het recht op vrije artskeuze gevitalseerd. Aangezien het interne medische beleid in beginsel niet door de handelwijze van een externe arts mag worden doorkruist, is overleg met de inrichtingsarts aangewezen.

De kort geding-rechter stelt zich evenwel op het standpunt dat methadonverstrekking door een externe arts slechts ontoelaatbaar is bij zodanige verstoring van de interne orde dat het grondrecht op privacy en op gezondheidszorg beperkt zou mogen worden (zie Hof Amsterdam 11 september 1997, 323/975 SKG, Sa 1997, nr. 57).

4.1.5 Nieuwe ontwikkelingen: het sobere regime en de SOV

Een tamelijk recente ontwikkeling in het gevangeniswezen is de instelling van zogeheten *sobere regimes*. Deze zijn bedoeld voor arrestanten (die aangehouden zijn ter executie van een principale vrijheidsstraf), voor subsidiair gehechten en voor de zogeheten 'overlastcategorieën'. Tot deze laatste behoren o.a. de ernstig drugsverslaafden aan wie via een snelrechtprocedure een korte straf zal worden opgelegd. Het regime kent een dagpro-

gramma van 8 uur zonder avondprogramma en zonder bijzondere op de maatschappelijke integratie gerichte activiteiten, hetgeen betekent dat men zeer langdurig achter de deur zit zonder contactmogelijkheden met medege-detineerden, ook niet telefonisch met de eigen familie of vrienden. Men mag maximaal 60 dagen in een sober regime verblijven, tenzij er vervolgvonnissen ten uitvoer gelegd worden, in welk geval de maximale verblijfsduur in het sobere regime 90 dagen bedraagt. Dit sobere regime is sinds 1 november 1996 in een aantal penitentiaire inrichtingen ingevoerd.¹⁸ De praktijk is schrijnend. Het betreft meestal psychisch en fysiek zeer verwaarloosde mensen, die lang niet altijd snel tot de arbeid in de inrichting worden toegelaten, zodat ze nog langer in vrijwel complete eenzaamheid (op één uur luchten per dag na) moeten doorbrengen. Met name de geestelijk verzorgers baart dit alles grote zorgen. Het is duidelijk dat ook de beklag- en beroeps-rechter tamelijk machteloos tegenover deze regeling staat.

Wat de specifieke maatregelen voor drugsverslaafden betreft moet nog worden vermeld dat de invoering van een nieuwe vrijheidsbenemende maatregel *Strafrechtelijke opvang verslaafden* (SOV) in voorbereiding is. Deze maatregel kan voor de duur van 2 jaar door de rechter worden opgelegd in het kader van de berechting van een strafbaar feit en wel als de betrokkene de afgelopen 2 jaren tenminste 3 maal in verzekering is gesteld voor overeenkomstige feiten, als de veiligheid van personen of goederen de oplegging van de maatregel eist en als het opleggen ervan in het belang van de verdere ontwikkeling van de verdachte moet worden geoordeeld. De eerste 6 á 9 maanden worden in een kliniek intramuraal tenuitvoergelegd, waarna een gefaseerde detentie volgt met een half-open en een open regime. Onder intensieve begeleiding van gespecialiseerde functionarissen wordt een intensief programma van afkicken en resocialisatie doorlopen door drugsverslaafden die als hardnekkige recidivisten veel overlast aan de gemeenschap hebben bezorgd. Opgemerkt is reeds dat het bezorgen van overlast weliswaar als de grondslag van deze maatregel moet worden beschouwd maar dat het bezorgen van overlast op zichzelf geen strafbaar feit is.¹⁹ Hooguit gaat het om de feiten waaruit die overlast heeft bestaan maar die zijn inmiddels al door de rechter als zodanig berecht. Deze nieuwe maatregel is dan dus eigenlijk een 'surplus', dat langer kan duren dan de straf op de

18 Circulaire van 7 november 1996, 581634/96 DJI, aangevuld door circulaire van 18 juli 1997, 638818/97 DJI.

19 Zie P.A.M. Mevis, *Sancties 1996*, p. 208-220.

afzonderlijke delicten. Deze maatregel doet enigszins denken aan de nimmer ingevoerde maatregel van bewaring van beroeps- en gewoontemisdadigers tot stand gekomen in de minder gelukkige periode van het strafrecht in een aantal West-Europese landen in de dertiger jaren, nl. die van de autoritaire richting.²⁰

4.2 *De problematiek der geestelijk gestoorden*

4.2.1 *Hernieuwde aandacht voor een oud probleem*

Het aantal psychisch gestoorde gedetineerden is de laatste jaren fors gestegen, terwijl ook de ernst van de stoornissen toegenomen lijkt te zijn. Tot deze categorie gedetineerden behoren uiteraard ook degenen die tot tbs of tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis zijn veroordeeld (resp. art. 37a en 37 lid 1 Sr) en die als passanten in een hvb verblijven in afwachting van plaatsing in een behandelingsinrichting. Maar er zijn ook vele andere gestoorde gedetineerden. Op zichzelf is dit bepaald niet een probleem van vandaag of gisteren. Al in 1983 werd hierover een rapport opgesteld, waarin o.a. veel aandacht werd besteed – gezien de aard van de gesignaleerde psychische stoornissen – aan de taakuitoefening door en de taakverdeling tussen de psychologen en psychiaters, die in de penitentiaire inrichtingen werkzaam waren.²¹

In enkele latere rapporten werden steeds weer tellingen verricht van het aantal psychisch gestoorde gedetineerden, werd de aard van hun stoornissen getypeerd en werden suggesties voor te nemen maatregelen gedaan.

In december 1996 is rapport uitgebracht door de werkgroep Forensische Zorg, die was ingesteld om zich te beraden over de psychische problematiek onder gedetineerden, over de voorzieningen die in de justitiële inrichtingen en in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aanwezig zijn en over de doorstroming van psychisch gestoorde gedetineerden eventueel naar GGZ-voorzieningen alsmede over de daarvoor te hanteren criteria.

De werkgroep stelt terecht dat in het verleden regelmatig tellingen zijn verricht om het aantal psychisch gestoorde gedetineerden te bepalen en dat

20 Zie C. Kelk, *De menselijke verantwoordelijkheid in het strafrecht*, Gouda Quint 1994, p. 6-7.

21 Rapport van de commissie-Psychiatrische/Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen 1983.

het moeilijk is hierin inzicht te verkrijgen omdat de rapporteurs verschillende definities en verschillende bronnen hanteren.²²

Ik vermeld in dit verband bijvoorbeeld een in 1992 gepubliceerd onderzoek dat onder gedetineerden in de jeugdgevangenis Nieuw Vosseveld te Vught werd verricht. Hieruit bleek dat het overgrote merendeel van hen tenminste eens in hun leven een psychische stoornis heeft gehad, dat velen van deze gedetineerden affectieve- en angststoornissen vertonen en dat zij zich regelmatig ongelukkig voelen of sociale contacten vermijden en niet zelden wantrouwend en vijandig tegenover hun omgeving staan.²³

De werkgroep Forensische Zorg komt op grond van verschillende studies tot de conclusie dat er sprake is van een constant percentage van circa 3 procent van de gedetineerdenpopulatie, dat te kampen heeft met ernstige psychische stoornissen en dat eigenlijk vanwege zogeheten detentieongeschiktheid niet in een penitentiaire inrichting kan verblijven zonder hardnekkige of blijvende schade op te lopen.²⁴

4.2.2 De voorzieningen van het gevangeniswezen

Iedere penitentiaire inrichting valt onder een Districts Psychiatrische Dienst (DPD): in elk arrondissement is nl. een van overheidswege aangestelde Districtspsychiater, die behalve met de coördinatie van de voorlichting aan de rechterlijke macht ook belast is met de hulpverlening aan gedetineerden bij wie verschijnselen van een psychische stoornis zijn gesignaleerd.

Veelal vanwege de DPD wordt in penitentiaire inrichtingen de benodigde psychiatrische of psychologische zorg verleend aan gedetineerden die zulks behoeven: hierop hebben zij *recht* in het kader van het recht op goede medische verzorging in het algemeen (zie 1.4).

Doch deze gedragskundige zorg kent in een penitentiaire inrichting in het algemeen zijn grenzen. Uiteindelijk betreft het een inrichting met een straf(proces)rechtelijk doel en niet met een behandelingsdoel.

Des te urgenter is het probleem van de aanwezigheid van vele gestoorde gedetineerden in de penitentiaire inrichtingen. Het gevangeniswezen kent daarom een aantal specifieke voorzieningen om gestoorde gedetineerden (tijdelijk) op te vangen.

In de eerste plaats is er de FOBA, onderdeel van een hvb te Amsterdam,

22 Rapportage van de werkgroep Forensische Zorg, Het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg, Den Haag 1996, p. 9.

23 E. Bulten e.a., Psychische stoornissen in detentie, uitg. Brakkenstein 1992.

24 Rapportage van de werkgroep, p. 9.

het crisiscentrum van het gevangeniswezen. Hier kunnen gedetineerden met een ernstige psychische stoornis vanuit enige penitentiaire inrichting tijdelijk worden opgenomen. Het gaat om psychotische patiënten met ernstige realiteits- en/of contactstoornissen, van wie een meerderheid aan een schizofrene psychose lijdt en die de medicamenteuze behandeling welke is geïndiceerd veelal weigeren ten gevolge van een gebrek aan ziektebesef, en voorts om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en bijkomende stemmingsstoornissen zoals een depressie, om patiënten die ontoegankelijk zijn voor benadering door het inrichtingspersoneel, om patiënten met een organisch psychose-syndroom en om patiënten met een drugspsychose.

Veel patiënten in de FOBA hebben daarnaast grote sociale problemen (geen opleiding, geen werk, geen huis, gebrekkige sociale contacten etc.) terwijl het aantal patiënten van allochtone herkomst groot is. Er is in de FOBA sprake van een hoge doorstromingsnelheid.²⁵

Aan de FOBA is een eigen psychiater verbonden alsmede een aantal eigen artsen, psychologen en B-verpleegkundigen. De FOBA heeft op dit moment plaats voor 54 gedetineerden.

Voorts bevinden zich in enige penitentiaire inrichtingen, zoals in gevangenis Esserheem te Veenhuizen, *Bijzondere ZorgAfdelingen* (BZA's), bestemd voor gedetineerden die vanwege hun introverte instelling kwetsbaar zijn en (tijdelijk) meer individuele zorg nodig hebben dan in een gemiddeld standaardregime kan worden geboden. Deze afdelingen worden alleen door de desbetreffende inrichtingen zelf gebruikt en zijn niet uitsluitend bestemd voor gedetineerden met psychische stoornissen. Zo kunnen daar ook bijvoorbeeld seksuele delinquenten worden opgenomen omdat deze veelal door andere gedetineerden worden belaagd. Niet zozeer wordt hier extra psychologische hulp geboden, maar wel zijn er meer piw-ers aanwezig.

Daarnaast is er in een drietal hvb's en in één gevangenis (te Veenhuizen) een *Individuele BegeleidingsAfdeling* (IBA). Ook is er een IBA voor vrouwen in Heerhugowaard. De IBA is wél uitsluitend bestemd voor gedetineerden met ernstige psychische stoornissen die meer specifieke zorg nodig hebben dan in een BZA kan worden verschaft.²⁶ De IBA's in de hvb's (te Rotterdam, te Arnhem en in Grave) hebben een regionale bestemming en de IBA in Veenhuizen heeft een landelijke bestemming. Plaatsing in de IBA

25 Rapportage van de werkgroep, p. 11-12.

26 Zie over het gewenste psychiatrische gehalte van de IBA: W.F. van Kordelaar, in: Sancties 1996, p. 325.

geschiedt via een landelijke plaatsingscommissie (de Selectie-adviescommissie IBA), waarin voornamelijk gedragskundigen zitting hebben. De verblijfsduur aldaar bedraagt in beginsel 8 weken.

Voor gedetineerden die naast deze extra zorg ook een hogere graad van beveiliging behoeven zijn er twee *Beveiligde Individuele BegeleidingsAfdelingen* (BIBA's), die beide een landelijke bestemming hebben.

Tenslotte is er het *Penitentiair SelectieCentrum* (PSC) waarin niet alleen klinisch onderzoek en advisering aan het ministerie van Justitie met name betreffende langgestraften plaats vindt, maar waarin ook crisisinterventie wordt gepleegd en therapie wordt gegeven aan gedetineerden in de laatste fase van hun straf.

Over het algemeen zijn de problemen met psychisch gestoorden groter in de hvb's dan in de gevangnissen. In de hvb's verkeert men o.a. vanwege het lopende strafproces in grotere spanningen, terwijl de veroordeelden in de gevangnissen al veel meer gewend geraakt zijn aan het ingesloten zijn. Bij hun overplaatsing naar de gevangenis zijn zij geselecteerd voor een regime dat het meest bij hun behoeften aansluit terwijl het regime in het hvb is afgestemd op de gemêleerde populatie die zich daarin bevindt. Veel psychisch gestoorden in de hvb's komen bovendien nimmer in een gevangenis terecht.

Het is van belang dat de PMT's op basis van een degelijke intake en na overplaatsing vanuit een andere inrichting mede op basis van een duidelijke verslaglegging in het dossier een adequate behandelingswijze kunnen bepalen. Zie ook 2.3.4 en 2.3.5. Soms zal het nodig zijn daarbij een advies te vragen van de DPD.

4.2.3 Voorzieningen buiten het gevangeniswezen

Buiten het gevangeniswezen zijn er nog diverse andere voorzieningen, alwaar psychisch gestoorde gedetineerden kunnen worden geplaatst.

Eerstens is er de mogelijkheid om ex art. 13 Sr tot gevangenisstraf veroordeelden te plaatsen in een *tbs-inrichting* teneinde aldaar hun straf te ondergaan en daarbij te profiteren van de gedragskundige zorg en behandeling. Doch zolang de tbs-inrichtingen wachtlijsten kennen voor de tot tbs veroordeelden kan hiervan zelden of nooit sprake zijn.

In de tweede plaats zijn er voorzieningen binnen de GGZ. Daarbij moet worden gedacht aan de *Forensisch Psychiatrische Klinieken* (FPK's), waarin mensen met psychiatrische problematiek worden opgenomen zowel op straf-

rechtelijke als op civielrechtelijke titel. De behandeling in de FPK is zeer intensief. Thans zijn er twee FPK's, te Assen en te Eindhoven, die beide zijn aangewezen als niet-justitiële tbs-inrichting.

Voorts zijn er de *Forensisch Psychiatrische Afdelingen* binnen de algemene psychiatrische ziekenhuizen. Deze afdelingen kunnen een behandeling bieden aan patiënten die niet langer de intensieve begeleiding behoeven welke gegeven wordt in een tbs-kliniek of een FPK. De Forensisch Psychiatrische Afdeling kent een iets hogere beveiligingsgraad dan de gesloten afdeling van het algemene psychiatrische ziekenhuis.

De *Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg* (RIAGG's) zijn over het algemeen nogal terughoudend met het verrichten van activiteiten op het gebied van de forensische psychiatrie, zeker in de ambiance van penitentiaire inrichtingen.

Daarnaast zijn er nog enkele inrichtingen met een bijzondere bestemming, te weten *Hoeve Boschoord* waarin sterk gedragsgestoorden en licht verstandelijk gehandicapten worden opgenomen en psychiatrisch ziekenhuis *Groot Batelaar* voor forensische psychotherapie bedoeld voor psychisch gestoorde delinquenten die geen groot maatschappelijk risico opleveren.

Tenslotte vallen te noemen de regionale *Instellingen voor Beschermd Wonen* ten behoeve van mensen met langdurige psychische problemen, veelal afkomstig uit algemene psychiatrische ziekenhuizen.

4.2.4 Nieuwe perspectieven

De werkgroep Forensische Zorg bepleit de groei van forensische voorzieningen voor gestoorde gedetineerden in het gevangeniswezen en een grotere doorstroombaarheid naar het veld van de GGZ. Dit laatste wordt juridisch mogelijk gemaakt door art. 42 lid 4 sub c PBW.²⁷ Intussen heeft de regering de zienswijze van de werkgroep Forensische Zorg overgenomen.²⁸

Het is evident dat vooralsnog een groot probleem wordt gevormd door het feit dat in de GGZ de voor gedetineerden benodigde veiligheidsvoorzieningen plagen te ontbreken. Dit is één van de redenen waarom de samenwerking tussen de Justitie en de GGZ, waarop ook in het verleden verschillende malen is aangedrongen, zo weinig van de grond is gekomen.

Opgemerkt moet nog worden dat het sobere regime dat o.a. voor overlast veroorzaakt hebbende drugsverslaafden is bedoeld (zie 4.1.5) nog funester

27 Voorheen door art. 47 Gev.M.

28 Justitiekraant 14 november 1997, p. 1 en 3.

is voor het welzijn van diegenen onder hen, van wie gevoelig mag worden aangenomen dat ze lijdende zijn aan een psychische stoornis. Dit laatste wordt met bezorgdheid gesignaleerd door de werkgroep Forensische Zorg.²⁹ Er is m.i. dan ook alle reden om het sobere regime af te schaffen.

Zeer recentelijk heeft het Trimbos-instituut onderzoek gedaan naar de psychische stoornissen onder gedetineerden. Uit dit in november 1997 gepubliceerde onderzoek³⁰ komt naar voren dat bijna 60% van de gedetineerden in Nederland kampt met psychische stoornissen. Deze variëren van zuiver psychische problemen tot psychische problemen die door verslaving worden veroorzaakt. De meeste van de betrokkenen zijn in het verleden niet onder behandeling van een gedragskundige geweest. Een belangrijk deel van de problemen, met name de stemmingsstoornissen, ontstaat tijdens de detentie. De gevonden frequentie van psychische stoornissen is tenminste twee maal zo hoog als onder de volwassen Nederlandse bevolking in het algemeen het geval is.

Het is te hopen dat thans werkelijk perspectieven zullen worden gevonden voor psychisch gestoorde gedetineerden en dat er een vruchtbare samenwerking tussen de verschillende betrokken ministeries zal ontstaan waaruit vruchtbare resultaten zullen voortvloeien.

4.3 Besmettelijke ziekten

Bij binnenkomst van de gedetineerden in de inrichting – zo bleek onder 1.4.3 – vindt een onderzoek plaats door de verpleegkundige naar de relevante ziektegeschiedenis en het drugs- en medicijngebruik. De betrokkene wordt daarna door de arts gezien, die algemeen-oriënterend lichamenlijk onderzoek doet met nadruk op de conditie van hart en longen. Verhoogde aandacht verdient natuurlijk de eventuele aanwezigheid van een besmettelijke ziekte. Buitenlanders afkomstig uit bepaalde landen die niet van de nodige vaccinaties zijn voorzien kunnen bijvoorbeeld een groot risico voor hun medegedetineerden vormen. Dit is een internationaal verschijnsel.

Binnen drie dagen na binnenkomst vindt een verplicht onderzoek op (*long-)*tuberculose plaats (een Mantoux-huidtest), waarna ingeval van een

29 Rapport, p. 36.

30 Zie Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1997, p. 1302.

positieve uitslag een röntgenonderzoek van de longen volgt. Urine- en bloedonderzoek worden alleen uitgevoerd op medische indicatie.

Een periodieke screening van de gedetineerdenpopulatie blijft achterwege, afgezien van een contactonderzoek ingeval van een vastgestelde tuberculose. Tot het moment van de uitslag van de huidtest wordt ieder contact van de betrokkene met anderen zoveel mogelijk vermeden. Wordt een gedetineerde op grond van een positieve huidtest aan een röntgenonderzoek onderworpen dan dient deze tot op het moment van de uitslag daarvan in afzondering op zijn cel te blijven. De begeleiding en het transport van tbc-positieve gedetineerden, bijvoorbeeld naar de GG en GD of naar het ziekenhuis geschiedt altijd met het gebruik van mondkapjes etc. Longtuberculose is de enige aandoening ten aanzien waarvan informatieverstrekking aan piw-ers, transportbegeleiders en andere functionarissen prevaleert boven het medisch beroepsgeheim en de privacybescherming ten behoeve van de gedetineerde. Ook mede-gedetineerden van dezelfde afdeling zullen dan worden geïnformeerd. De behandelend arts heeft immers op grond van de wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken, die ook in de inrichtingen geldt,³¹ de opdracht om de verspreiding van ziekten tegen te gaan, zowel als er een vermoeden van algemeen overdraagbare besmettelijke ziekte is als wanneer een besmettelijke ziekte is vastgesteld. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen drie categorieën ziekten naar de mate van gevaar die zij voor de volksgezondheid opleveren. Hieraan kan ook de burgemeester te pas komen teneinde zonodig dwang te kunnen uitoefenen. De bestaande wetgeving zal worden vervangen door de Infectieziektenwet.

Weigert de gedetineerde de huidtest en/of het röntgenonderzoek dan is de consequentie dat de betrokkene in complete afzondering moet blijven totdat ieder risico uitgesloten moet worden geacht. In de praktijk betekent dit dat men twee weken gezond moet zijn gebleven en niet moet hebben gehoest. Aldus wordt het grondrecht op fysieke integriteit gerespecteerd.

De PBW bevat in dit verband geen specifieke regels over de screening en behandeling van gedetineerden. Het *oude* hr voor de hvb's echter bepaalde het volgende: 'Indien de gedetineerde weigert een noodzakelijk geachte medische behandeling of medisch onderzoek te ondergaan, kan de directeur te zijnen aanzien, met het oog op de bescherming van de overige in de inrichting aanwezige personen, alle noodzakelijke preventieve maatregelen treffen' (art. 33 lid 2). In een penitentiaire inrichting beschikt de

31 MvT op de PBW, p. 59.

directeur over de wettelijke bevoegdheid om de gedetineerde ruimschoots uit te sluiten van een of meer, dus ook alle, gemeenschappelijke activiteiten hetgeen kan neerkomen op volledig isolement, indien dit in het belang van de orde of de veiligheid in de inrichting of in geval van ziekte van de betrokken gedetineerde noodzakelijk is (art. 23 PBW). Maar het zou wel een zeer algemene uitleg van deze bevoegdheid zijn als hieronder zonder meer de maatregelen ter bestrijding van besmettelijke ziekten zouden worden begrepen. De Gezondheidsraad waarschuwt tegen ‘ambtelijke willekeur’ en beveelt in het belang van een redelijke belangenafweging tussen het gevaar voor de gezondheid van anderen en de privacy en de fysieke integriteit van individuele gedetineerden een wettelijke basis aan voor de mogelijkheid om ‘drang’ uit te oefenen teneinde de gedetineerde te doen medewerken aan screening op tbc.³² Dit geldt eveneens voor de drang die bij een eenmaal gebleken besmettelijke ziekte – met inachtneming van de proportionaliteit en de subsidiariteit – ter behandeling van betrokken gedetineerden eventueel moet kunnen worden uitgeoefend. Het wetsvoorstel Infectieziektenwet biedt hiervoor in het geval van bepaalde besmettelijke ziekten een basis.³³ Art. 15 lid 4 Gw kan – dat ben ik met de Gezondheidsraad eens – immers niet zonder meer als vrijbrief worden opgevat voor alle maatregelen die de inrichtingsdirectie noodzakelijk acht. Derhalve verdient een wettelijke regeling om gedetineerden te doen behandelen onder drang of dwang in geval van besmettelijke ziekten aanbeveling.

Iets anders is dat alle ingrijpende maatregelen van de directeur vatbaar zijn voor beklag en beroep en dat voor zover de arts in dat verband medische beslissingen heeft genomen deze aan een eigen klachtrecht (zullen) worden onderworpen.

Gedetineerden kunnen op eigen verzoek, maar ook op medische indicatie en dan met hun toestemming, worden onderzocht op de aanwezigheid van *HIV*-antistoffen. Dit geschiedt dan op kosten van de inrichting. Ingeval van een *HIV*-test is de uitslag strikt voorbehouden aan de patiënt zelf en de arts, resp. de verpleegkundige die de gedetineerde bij de test heeft begeleid.

Alleen als de patiënt dat zelf wenst, wordt de uitslag aan hem meege-

32 Rapport: Dwang en drang in de tuberculosebestrijding, Gezondheidsraad (Commissie Ethische en juridische aspecten van TBC-bestrijding), Den Haag 1996, p. 75.

33 Voorstel van wet Tweede Kamer 1996-1997, 25 336, nrs. 1-2.

deeld, waarna – zowel bij een positieve als bij een negatieve uitslag – een zogeheten post-testcounseling plaats vindt.

In penitentiaire inrichtingen is sprake van verhoogde risico's. In de eerste plaats is er in de grotere gesloten inrichtingen altijd wel een aantal gedetineerden aanwezig dat vanwege intraveneus drugsgebruik grote risico's loopt drager van het HIV-virus te worden. Voorts vinden er af en toe geweldshandelingen plaats zowel in situaties van escalatie tussen gedetineerden onderling of tussen personeel en gedetineerden als bij het uitvoeren van een dwangmaatregel door het personeel. In al deze gevallen is het niet uitgesloten dat daarbij bloed vloeit. Daarnaast behoren zelfverwondingen door depressieve gedetineerden niet geheel tot de uitzonderingen. Tenslotte zijn seksuele contacten tussen gedetineerden bepaald niet uit te sluiten, al heerst daaromtrent nog altijd een diep stilzwijgen. Niettemin weten insiders dat geweld en onderlinge agressie bij tijd en wijle met name in de doucheruimten wordt uitgeoefend in de vorm van 'sexual assaults', terwijl het aloude verschijnsel van de zogeheten 'noodhomoseksualiteit' niet uitgestorven zal zijn.

Terecht zijn dan ook condoms in de inrichting voor de gedetineerden beschikbaar. Bovendien zijn tal van maatregelen getroffen ten behoeve van de hygiëne, zoals het gebruik door het personeel van werk- en huishoudhandschoenen bij fouillering, visitatie en celinspecties e.d.³⁴

Ook wordt werk gemaakt van voorlichting aan de gedetineerden bij hun binnenkomst door middel van in diverse talen voorradige brochures en folders over Aids, terwijl eveneens het personeel in de basisopleiding hieromtrent onderricht dient te krijgen.

In tegenstelling tot sommige andere gevangenisstelsels, bijvoorbeeld in Polen en in de USA, alwaar in sommige gevangenisinstellingen speciale 'Aids-segregation-wings' hebben bestaan met als gevolg een volkomen isolement van de betrokken gedetineerden, hebben in Nederland de besmette gedetineerden altijd zoveel mogelijk in alle regimesactiviteiten geparticipeerd. Overigens is het aanvankelijke isolatiebeleid, zoals in sommige landen bedreven, met de tijd afgebrokkeld en is de positie van de HIV-besmette gedetineerden aldaar gestaag genormaliseerd. Daaraan heeft een gewenningsproces ten grondslag gelegen.³⁵

Van belang kan de toelating tot de inrichting zijn van een buddy alsmede

34 Circulaire van 27 augustus 1987, nr. 555/387.

35 Zie de bundel: Aids in prison (Ph.A. Thomas and M. Moerings eds.), Dartmouth 1994.

van bezoek- en informatiegroepen. Hierop is de Regeling toelating niet-justitie gebonden organisaties (zie 4.1.3) van toepassing, die aan deze toelating een aantal voorwaarden stelt. Overigens kan daarbij het probleem zich voordoen dat een seropositieve gedetineerde die door een buddy wordt bezocht diens identiteit voor personeel en medege-detineerden anoniem wil houden omdat hij zijn seropositiviteit niet bekend wenst te maken.

Andere besmettelijke ziekten behalve long-tuberculose en HIV die in penitentiaire inrichtingen een specifiek preventiebeleid behoeven zijn de *Hepatitis-B* en de seksueel overdraagbare aandoeningen. Intensieve voorlichting en een goede training en toerusting van de verpleegkundigen wordt dan ook daadwerkelijk nagestreefd. Preventiebeleid is een aangelegenheid van de verantwoordelijke inrichtingsdirecteur.

Iedere medicamenteuze behandeling, die in de vrije maatschappij was aangevangen, kan in de inrichting worden voortgezet. Dit uitgangspunt geldt eveneens voor zeer kostbare en niet door de AWBZ vergoede geneesmiddelen, zoals bijvoorbeeld AZT. Het is evenwel de inrichtingsarts, die verantwoordelijk is voor het voorschrijven van medicamenten. Bij twijfel over de indicatie voor het continueren van een bepaald medicament zal de arts er verstandig aan doen contact op te nemen met de oorspronkelijk voorschrijvende arts buiten de inrichtingsmuren. Dit gebeurt in het algemeen ook.³⁶

Indien er sprake is van bepaalde besmettelijke ziekten dan is de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken – zoals gezegd – van toepassing,³⁷ welke zal worden vervangen door de Infectieziektenwet. Uit hoofde hiervan moet de arts, die een infectieziekte uit een bepaalde categorie vaststelt of deze ernstig vermoedt bij een persoon die weigert het onderzoek tot vaststelling daarvan te ondergaan waardoor ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan ontstaan, dit binnen 24 uur melden bij de directeur van de plaatselijke GG en GD (dit geldt ook voor tuberculose). Deze melding wordt weer meegedeeld aan de burgemeester en aan de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg. De burgemeester kan zonodig de betrokkene in een ziekenhuis ter isolatie doen opnemen. Een en ander is met rechtswaARBorgen omkleed (zoals met enige rechterlijke toetsing). De wet gaat ervan uit dat het

36 Aldus de toenmalig Geneeskundig Inspecteur van het ministerie van Justitie eind 1995.

37 Zie ook: P. Olie en H.C. Scheepstra, Tussen gevangenschap en vrijheid met een besmettelijke aandoening, NJB 1991, p. 1335-1340. Deze auteurs houden zich tevens bezig met de problematiek rondom de gedetineerde, die lijdt aan of van wie vermoed wordt dat hij lijdt aan een besmettelijke ziekte en die in vrijheid wordt gesteld.

de arts is die handelend optreedt en bedreigt deze zelfs bij nalatigheid om de verplichte melding aan de GG en GD te doen met het opleggen van een bestuursboete. In de penitentiaire context zal het veelal de directeur zijn die – in nauw overleg met de arts – een en ander in het kader van zijn eindverantwoordelijkheid voor de goede gang van zaken in de inrichting op zich neemt.

4.4 Overlijdensgevallen

Een aantal malen per jaar overlijden gedetineerden in een penitentiaire inrichting. Dit kan verschillende achtergronden hebben, nl. de betrokkene kan al vóór de detentie lijdende zijn geweest aan een ernstige ziekte danwel is tijdens de detentie (plotseling) ernstig ziek geworden of heeft suïcide gepleegd. Op dit laatste kom ik onder 4.5 terug. Zeldzaamheden als een dodelijk ongeval en dergelijke laat ik hier buiten beschouwing, omdat de kans daarop niet groter is dan buiten de muren, zo niet zelfs kleiner gezien de overdaad aan beveiligende maatregelen welke kenmerkend is voor de detentiesituatie in al z'n aspecten (zo gelden bijvoorbeeld zeer strenge regels voor het gebruik van instrumenten op de arbeidszaal alleen al uit voorzorg tegen uitbraakmogelijkheden). Fysiek geweld daarentegen is in de agressieve sfeer die soms binnen de muren rijst geen al te grote uitzondering, terwijl jegens opstandige gedetineerden door bewaarders 'gepast geweld' mag worden toegepast. Hierbij is een ernstig ongeluk niet helemaal uit te sluiten.³⁸

Men zal het er over eens zijn dat als een ultieme graadmeter voor de kwaliteit van de detentiesituatie van een land moet worden beschouwd de mate waarin de bescherming van het leven van de gedetineerde wordt gegarandeerd, waarbij een primaire taak is voorbehouden aan de medische zorg. Niet zonder reden houden internationale organisaties zich hiermee bezig zoals International Prison Watch.³⁹

Immers een staat, die het leven van de mensen, die er – al dan niet als

38 Zie bijvoorbeeld BC 23 februari 1966, A95/700 betreffende een gedetineerde, die bij de afvoering naar de isolatiecel bijna was verwurd door het gebruik van een zogeheten 'nekklem'.

39 Zo werd door International Prison Watch (gevestigd te Lyon) een internationaal seminar gehouden in juni 1996 over 'Terminally ill Prisoners: change the law' op basis van eerder rondgestuurde questionnaires aan vertegenwoordigers van Europese landen die het EVRM hebben getekend.

staatsburger – rechtens van hun vrijheid zijn benomen, niet hoogst serieus neemt kan onmogelijk met droge ogen het veroorzaken van de dood van anderen bestraffen. En zeker een natie die met overtuiging – ook grondwettelijk⁴⁰ – de doodstraf verwerpt, zal zich *ad fundum* wapenen tegen sterfgevallen in de gevangenis: in beginsel mag geen straf – ook niet onbedoeld – tot de dood leiden. Dit legt een extra grote verantwoordelijkheid bij de inrichtingsartsen en de directies, zo is ook al wel gebleken uit de kritische rapporten van de N.o. (zie 3.3.4). Nederland pleegt tot de voorlopers te behoren bij het aan de kaak stellen van wantoestanden in andere landen en is het derhalve aan zijn beschavingspeil verplicht deze op eigen bodem tot het uiterste te voorkomen.

Zo ergens dan in ons land is ook de rechterlijke macht doordrongen van de voor lichaam en geest schadelijke effecten van de gevangenschap. Zou uit medisch gezichtspunt het detineren of langer detineren van een bepaalde verdachte of veroordeelde onverantwoordelijk zijn te noemen dan kan worden geconcludeerd tot detentie-ongeschiktheid op medische gronden. Dit kan bijvoorbeeld geschieden vanwege een vergevorderd stadium van een ernstige ziekte (zoals Aids). Afhankelijk van de stand van de zaak kan de rechter zijn vonnis daaraan aanpassen. Instituten als voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr) en schuldigverklaring zonder oplegging van straf (art. 9a Sr) lenen zich hiervoor bijvoorbeeld uitstekend.

Schuldigverklaring zonder oplegging van straf kan door de rechter worden toegepast o.a. in verband met de persoonlijkheid van de dader danwel met de omstandigheden waaronder het feit is begaan of die zich nadien hebben voorgedaan.

Niet in alle gevallen waarin sprake is van een slechte gezondheidstoestand van een verdachte wordt het door de Hoge Raad als een aangelegenheid van de strafrechter beschouwd zich met de vraag van de detentiesituatie bezig te houden: wèl in een geval waarin de verdachte naar aanleiding van het door hem begane misdrijf (moord) de hand aan zichzelf had geslagen en daarbij een dwarslaesie met ernstige fysieke gevolgen had opgelopen,⁴¹ maar niet in een geval waarin de verdachte verklaarde in een ernstige psychische toestand te verkeren als gevolg van een vroegere traumatische detentie in Oost-Duitsland.⁴² In dit laatste geval werd de vraag van de

40 Art. 114 Grondwet.

41 HR 7 november 1995, NJ 1996, 166.

42 HR 7 november 1995, NJ 1996, 165.

detentiegeschiktheid ter beantwoording overgelaten aan de administratie in het kader van diens strafnuitvoerleggende taak.

Het verschil tussen beide zaken is duidelijk: in de eerste zaak bestond er wat de gezondheidstoestand van de betrokkene betreft geen enkel zicht op verandering, in de tweede zaak was evenwel geen sprake van een onveranderlijke situatie.

A fortiori lijkt het voor de hand te liggen dat de strafrechter als iemand ongeneeslijk ziek is eerder in de geest van de eerste zaak zal beslissen.

Is iemand eenmaal gedetineerd en blijkt hij (inmiddels) zeer ziek of wellicht doodziek te zijn dan beschikt de minister van Justitie over de mogelijkheid op verzoek van de betrokkene of ambtshalve de strafnuitvoerlegging (voorwaardelijk) te onderbreken (nieuw art. 570b Sv)⁴³ danwel kan (voorwaardelijke) gratie worden overwogen en verleend. De Gratiewet (1988) kent twee gratiegronden, nl. 1) de aanwezigheid van voor de rechter nieuwe omstandigheden die – had hij ze gekend op het moment van de berechting – tot een andere beslissing zou hebben geleid, dan wel 2) de waarschijnlijkheid dat met de (verdere) tenuitvoerlegging van de rechterlijke beslissing ‘geen met de strafrechtstoepassing na te streven doel in redelijkheid wordt gediend’.

Het is immers als in strijd met de menselijke waardigheid te beschouwen een straf te voltrekken aan een menselijk wezen, wiens einde in het verschiet ligt en wiens lijden hoe langer hoe meer wordt verzaamd door zijn eigen verzwakking en aftakeling. In die toestand iemand detineren of gedetineerd laten is in flagrante tegenspraak met wat de betrokkene juist behoeft: hulp en steun ter relatieve verlichting van zijn steeds beperkter perspectief. De medische verzorging en verpleging die dan nodig zijn kan het gevangeniswezen vanaf een bepaald moment bovendien niet meer bieden. Strafrechtelijk-technisch bezien kan men de voortzetting van de vrijheidsstraf in zo'n geval als *zinloos* beschouwen: ieder aanvaard strafdoel ontbreekt daarvoor in een strafrechtssysteem, dat zowel het absolute vergeldingsdoel als de doodstraf van zich afwerpt. Zelfs de ooit tot de doodstraf en naderhand tot levenslang veroordeelde Duitse oorlogsmisdadigers zijn – op één na, die in de koepelgevangenis van Breda is overleden – op basis van gratie vervroegd

43 Ook beslissingen betreffende strafonderbreking door de minister van Justitie zijn onderworpen aan het beroepsrecht (zoals beslissingen tot (over)plaatsing) ex art. 72 en art. 73 PBW.

in vrijheid gesteld. De laatste twee zijn elk enkele maanden na hun vrijlating in 1989 overleden.

In de jaren 1992 en volgende werden resp. 27 gedetineerden (in 1992), 18 gedetineerden (in 1993), 9 gedetineerden (in 1994) en 15 gedetineerden (in 1995) op medische gronden gratieerd dat wil zeggen omdat het penitentiaire systeem niet in staat is nu of in de nabije toekomst de medische en verpleegkundige zorg te geven die de gedetineerde behoeft. Dit is het strikte criterium voor de Medisch Adviseur van het ministerie van Justitie om ambtshalve een gratieverzoek voor een gedetineerde in te dienen. Voornamelijk betreft dit steeds gevallen van ernstig hartlijden, kanker en Aids met complicaties maar ook van ernstige psychoses. Als wél de nodige zorg kan worden geboden, maar de patiënt naar verwachting op korte termijn zal overlijden wordt een gratieverzoek om humanitaire redenen door de Medisch Adviseur ondersteund.

Vanzelfsprekend is het nooit te voorkomen, dat iemand in detentie volkomen onverwachts aan een natuurlijke doodsoorzaak overlijdt. Dit is niet specifiek voor de gevangenis, al zal het niet kunnen uitblijven dat medegedetineerden en/of nabestaanden van de betrokkene nogal eens de neiging vertonen de oorzaak daarvan aan de detentie-omstandigheden toe te schrijven. Dit is begrijpelijk, maar de causaliteit tussen detentie en dood is in een aantal gevallen nu eenmaal afwezig of niet aantoonbaar.

In 1992 overleden in penitentiaire inrichtingen 16 personen, van wie 10 als gevolg van een natuurlijke oorzaak, in 1993: 17 personen, van wie 8 als gevolg van een natuurlijke oorzaak, in 1994: 14 personen van wie 10 als gevolg van een natuurlijke oorzaak en in 1995 (tot 1 oktober): 21 personen, van wie 7 wegens een natuurlijke oorzaak. De diagnose is in 40% van de gevallen van natuurlijke oorzaak onbekend gebleven en luidt in bijna 30% daarvan: acute hartdood.⁴⁴ Maar ook waren er overlijdensgevallen wegens Aids, complicaties van HIV, complicaties van Hepatitis-B en kanker. Men dient daarbij overigens te bedenken dat het aantal gedetineerden per dag in de genoemde jaren gaandeweg is gestegen (op 1 oktober 1992 waren dat 7935 gedetineerden en in 1995: 9830 gedetineerden die in 52 penitentiaire inrichtingen waren ingesloten).

44 Alle hier vermelde cijfers zijn mij verstrekt door het Bureau Justitiële Gezondheidszorg van het ministerie van Justitie.

4.5 *Suicide*

In 1995 moest worden geconstateerd, dat zich een verontrustende stijging van het aantal suïcides onder gedetineerden voordeed. In 1995 ging het om 14 gedetineerden, hetgeen tweemaal zoveel was als daarvoor gemiddeld per jaar. In 1996 ging het om 16 gedetineerden.⁴⁵ Dit is zeker niet alleen terug te voeren tot de uitbreiding van het gevangeniswezen.⁴⁶ Opgemerkt moet worden dat de meeste van deze suïcides in de hvb's plaatsvinden, enkele ook in een politiecel, hetgeen vermoedelijk moet worden verklaard uit de hoge mate van stress, waaraan men juist vlak na de arrestatie gedurende de voorlopige hechtenis, dus heet van de naald, vaak is onderworpen.⁴⁷ Daarbij komt de grote dosis schuld en schaamte over het recentelijk begane misdrijf en het gevoel van grote onmacht en eenzaamheid, afgesneden als men ten enenmale is van eigen huis en haard, familie en vrienden.

Overigens is het aantal suïcides tijdens de detentie relatief enkele malen hoger dan in de vrije samenleving (daarbij ook de leeftijdsverdeling van de bevolking in aanmerking genomen), terwijl dit aantal in de psychiatrie nog enige malen hoger ligt.

In vergelijking met andere landen bevindt zich het Nederlandse gevangeniswezen wat het aantal suïcides betreft op het middenniveau.⁴⁸

Het is duidelijk dat van penitentiaire functionarissen een grote alertheid wordt verwacht met betrekking tot die gedetineerden, die – al dan niet wisselend – depressief zijn of van wie bekend is dat ze enig risico van suicide in zich dragen, bijvoorbeeld omdat zij daarover zelf hebben gesproken. Niettemin kan van het personeel niet het onmogelijke worden verwacht. Zoals een directeur het heeft uitgedrukt: 'Als mensen er écht uit willen stappen, kun je ze niet tegenhouden'.⁴⁹ Zelfs in de FOBA kan geen garantie tegen suicide worden gegeven. De vraag rijst evenwel in hoeverre niet door de krappere geworden formatie van bewarend personeel en de groei van de inrichtingen minder aandacht voor de individuele gedetineerde bestaat. Vanzelfsprekend rust in de eerste plaats ook op de inrichtingsarts een bijzondere verantwoordelijkheid. Een grote complicatie vormt bovendien de vraag tot welke hoogte de doodswens van een gedetineerde moet worden gerespecteerd

45 Jaarverslag 1996 DJI.

46 J.J.L.M. Verhagen, *Suicide in detentie*, Sancties 1996, p. 71-80.

47 R.L. Bergsma, *In verzekerde bewaring*, Boom 1977, p. 80 e.v.

48 J.J.L.M. Verhagen, op. cit., p. 73.

49 Het Parool 8 maart 1995.

evenals dat trouwens met die van een burger in vrijheid het geval is en wanneer preventie moet worden betracht. Immers, men moet ervan uitgaan dat de detentieomstandigheden op zichzelf zeer suïcide-bevorderend kunnen zijn en dat daardoor de zuiverheid van de 'vrije wil' en de drang tot zelfbeschikking ten zeerste kunnen worden vertroebeld. Wel gingen de preventieve maatregelen welke indertijd ten aanzien van Ferdi E. (de moordenaar van G. Heijn) werden getroffen erg ver,⁵⁰ maar hierbij heeft zonder twijfel een rol gespeeld dat de toenmalige minister van Justitie in deze *cause célèbre* het tot zijn prestigie rekende dat de verdachte zijn veroordeling daadwerkelijk zou 'halen'. Hij werd nl. geheel geïsoleerd, werd dag en nacht door twee camera's bespied en moest met het licht aan onder papieren lakens slapen.

Een ontwikkeling die de (vrees voor) suïcide onder gedetineerden tot een frequenter verschijnsel maakt is het toenemende aantal psychisch gestoorde en drugsverslaafde gedetineerden in het gevangeniswezen, en de grotere multi-culturele samenstelling van de gedetineerdenpopulatie. Elk geval van geslaagde suïcide wekt om zeer begrijpelijke redenen onrust onder de medegedetineerden en niet zelden wordt daarbij van hun kant gewezen op tekortkomingen van de zijde van de inrichtingen. Een enkele keer werd een zelfdoding door hen naar buiten gebracht als bewijs dat het in de betreffende inrichting in alle opzichten mis was en zelfs dat de gedetineerden aldus tot suïcide zouden worden uitgenodigd, zo niet aangespoord. Intussen is de Nationale ombudsman geroepen een oordeel terzake te vellen (zie 3.3.4). En over de specifieke situatie in de Rotterdamse inrichting De Noordsingel werd in 1996 zelfs een apart onderzoeksrapport uitgebracht door een commissie-ad hoc.⁵¹

Het *suicide-protocol*⁵² bevat richtlijnen omtrent de wijze waarop in geval van (poging tot) suïcide alarm moet worden geslagen, eerste hulp moet worden verleend en familieleden moeten worden geïnformeerd.

In ieder geval is suïcide van gedetineerden niet meer in de taboesfeer gelegen. Het doet nog immer macaber aan te lezen hoe de 'grote' Vermeervalsers Han van Meegeren in 1947 na zijn veroordeling tot gevangenisstraf aan vrienden schreef: 'Van die twee jaar maximumstraf "neem" ik maar 14 dagen. Dan is het "wij sluiten" en presenteer ik zelf de nota', om vervolgens,

50 Zie M. Moerings, In afzondering, in de bundel: Harmonie en tegenspraak (C. Kelk e.a. red.), Gouda Quint 1990, p. 279.

51 Zie voor een korte weergave daarvan: DD 1996, p. 920-921. Zie hierover ook: W.F. van Kordelaar, in: Sancties 1996, p. 316-328.

52 Circulaire van 28 februari 1992, 172155/91 DJ.

een week later te worden opgenomen in de Valeriuskliniek in Amsterdam, waar hij door onopgehelderde oorzaak op 31 december 1947 stierf.⁵³ Hierover is voorzover mij bekend nooit iets naders vernomen.

Een lichamenlijk gezonde gedetineerde, die echter meende in een uitzichtloze situatie van ondraaglijk geestelijk lijden te verkeren heeft in 1996 – vergeefs – in kort geding om ‘euthanasie’, d.w.z. hulp bij zelfdoding, gevraagd. Hij eiste dat een psychiater zijn ondraaglijk lijden zou bevestigen. De betrokkene, veroordeeld tot 8 jaar gevangenisstraf met tbs, had de hem tenlastegelegde en bewezenverklaarde moord ontkend. Hij zei te verlangen naar de dood, nu hij ervan overtuigd was dat niemand ooit in zijn onschuld zou geloven en omdat hij alles kwijt was, zijn vrouw, zijn kinderen, het huis.⁵⁴

In het Chabot-arrest⁵⁵ is een extra eis van grote behoedzaamheid gesteld aan de psychiater, wil deze in geval van hulpverlening bij zelfdoding aan een patiënt die ernstig geestelijk lijdt een gerechtvaardigd beroep op noodtoestand op grond van zorgvuldig handelen kunnen doen. Deze eis houdt in dat een andere deskundige, die door de psychiater wordt geconsulteerd, zelf persoonlijk contact met de patiënt heeft gehad.

Aldus kan nauwkeuriger worden vastgesteld in hoeverre er bij deze sprake is van een uitdrukkelijke en vrije wilsbepaling en of er wellicht nog reële behandelingsalternatieven zijn.⁵⁶

Dit alles weegt nóg zwaarder ingeval het gaat om een gedetineerde, die onder de detentie als zodanig toch al geestelijk zeer zwaar kan lijden.

4.6 *Hongerstaking*

Af en toe wordt het gevangeniswezen geconfronteerd met een hongerstakende gedetineerde, hetzij uit protest tegen de detentiesituatie zelf hetzij tegen externe instanties, zoals de Staat der Nederlanden of de staatssecretaris van Justitie (bijv. als verantwoordelijke voor het vreemdelingenbeleid).

In 1985 heeft de staatssecretaris van Justitie een aantal ‘vuistregels’ geformuleerd, als ‘richtsnoer’ voor hoe te handelen in gevallen van honger-

53 G.P. Hoefnagels, De Volkskrant 11 mei 1996, p. 18.

54 Zie De Volkskrant 27 augustus 1996.

55 HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656.

56 Dit was de reden dat psychiater Chabot alsnog een berisping kreeg van het MTC (30 maart 1995).

staking door gedetineerden.⁵⁷ Wanneer naar het uiterste middel van zelfaan-tasting en zelfvernietiging wordt gegrepen, zal het veelal om wrange situaties gaan. Uit de circulaire kan worden opgemaakt, dat deze vuistregels verdienen te worden begrepen onder de optiek van het zelfbeschikkingsrecht van de mens ten aanzien van zijn gezondheid, hetgeen in overeenstemming is met de opvattingen van Leenen.⁵⁸

Mede in het licht van de ondubbelzinnige woorden van de Verklaring van Tokyo (in 1975 aangenomen door de World Medical Assembly), waarin kunstmatige voeding wordt verboden van een gevangene, die 'voedsel weigert en door de arts in staat wordt geacht tot een zuiver en rationeel oordeel over de gevolgen van zo'n vrijwillige voedselweigering', kan m.i. zelfs tot *een recht* op hongerstaking worden geconcludeerd, al wil niet iedereen deze conclusie met zoveel woorden trekken.⁵⁹

Is hoe dan ook eenmaal gekozen voor de opvatting, waarin – zoals door de circulaire gesteld – 'rekening wordt gehouden met de eigen wil van de gedetineerde', dan is vooral van belang op welke wijze aan dit uitgangspunt vorm wordt gegeven, niet alleen qua regeling (althans voor zover mogelijk), maar vooral ook in de praktijk, die nu eenmaal sterk in het teken staat van preciaire menselijke interacties. Van bijzonder zwaar gewicht zijn daarbij deze aspecten: de werkwijze van de betrokken arts(en), de mate waarin deze het vertrouwen van de hongerstaker geniet(en) en de houding van de penitentiare functionarissen.

Om met de laatsten te beginnen, er is alle begrip op te brengen voor de gewetensproblemen waarin met name de inrichtingsdirecteur kan komen te verkeren door het conflict van plichten, nl. om de aan zijn gezag onderworpen gedetineerden naar beste vermogen te verzorgen en te voeden en tegelijkertijd een hongerstakende gedetineerde alleszins te respecteren. Ik zou zelfs menen, dat een directeur voeding niet eens zou mogen aanbieden, laat staan voorzetten. Dit laatste zou wreed kunnen zijn, doch iedere confrontatie met voedsel heeft het gevaar manipulatief te zijn. Veelzeggend is de uitspraak van de vrouw van de Ierse vrijheidsstrijder Gallagher, die in 1977 in een Nederlandse inrichting in hongerstaking ging tegen zijn dreigende uitlevering aan Ierland: 'You destroy a man if you destroy his dignity'.⁶⁰

57 Circulaire van 4 december 1985, nr. 799/385, PI 1986, nr. 31.

58 H.J.J. Leenen, Handboek Gezondheidsrecht Deel II, derde druk, Bohn Stafleu Van Loghum 1996, p. 189.

59 Zie bijvoorbeeld W.H.A. Jonkers e.a., Het penitentiair recht, losbl. editie, p. VIII, 669.

60 In: Proces 1979, p. 204.

Op dit punt is de circulaire enigszins tegenstrijdig: enerzijds wordt als niet bezwaarlijk aangemerkt 'dat aan betrokkene wordt medegedeeld dat op de in de inrichting bestaande vaste tijdstippen ontbijt, koffie, lunch, thee en avondmaaltijd verkrijgbaar zijn', terwijl verderop wordt gesproken over 'het aanbieden' van voedsel. Een aanbod vraagt om een antwoord of een reactie, een mededeling niet.

Maar belangrijker is het dat een arts regelmatig en stapsgewijs de hongerstaking moet voorlichten over de gevolgen van de hongerstaking en dat de wil van de betrokkene om de hongerstaking voort te zetten goed wordt geregistreerd: uit een of meer – tegenover de directeur en de inrichtingsarts tezamen af te leggen – verklaringen van de gedetineerde, bij voorkeur vast te leggen in (een) proces(sen)-verbaal, zal moeten blijken dat de gedetineerde blijft bij zijn wens tot non-interventie ingeval hij tengevolge van de hongerstaking in coma mocht raken.

Wat de begeleiding betreft wordt niet gekozen voor het instellen van een permanent team, doch voor een incidentele begeleiding: hieraan zal steeds zeer tijdig alle aandacht moet worden gegeven. Dat externe deskundigen hierbij vroegtijdig moeten worden betrokken lijkt me vanzelfsprekend. Essentieel in deze is de kwestie van de vrije artskeuze. Het is op zichzelf volkomen te billijken dat zwaar wordt getild aan overleg hierover met de inrichtingsarts, die immers wettelijk de verantwoordelijke medicus is en blijft in de inrichting, doch in de circulaire wordt een consult van buitenaf door deskundigen of vertrouwensartsen afhankelijk gesteld van de instemming van de inrichtingsarts, althans hij moet er geen bezwaar tegen hebben.

In het verleden zijn over een dergelijke kwestie uitspraken gedaan door de kort geding-rechter en door de beklag- en beroepsrechter,⁶¹ maar inmiddels heeft het recht op vrije artskeuze voor iedere gedetineerde in de PBW meer erkenning gekregen (zie 2.4.1). Mede in aanmerking genomen dat hongerstaking in penitentiaire inrichtingen een zeer uitzonderlijke gebeurtenis is en hopelijk blijft en dat de gedetineerde zich nu eenmaal in een zeer afhankelijke positie bevindt ben ik van oordeel dat niet al te snel het belang van de orde en de beroepseer van de inrichtingsarts moeten worden gesteld boven het vooralsnog tot een goed einde brengen van een situatie, waarin een machteloze poogt door zelfdestructie aandacht voor zijn machteloosheid te vragen. Vaak zal er behalve van machteloosheid, tevens van een grote

61 BC 28 juni 1985, A 87/85, PI 1985, nr. 69; Rechtbank Den Haag 12 april 1985, PI 1985, nr. 72; BC 11 oktober 1985, A 112/85, PI 1986, nr. 32, m.n. C. Kelk.

mate van uitzichtloosheid sprake zijn. De schaarse geschriften, afkomstig uit de gelederen der gedetineerden zelf, wijzen wel in deze richting.⁶²

Tegenwoordig zijn het nogal eens asielzoekers, die hun protest tegen een dreigende uitzetting kracht bijzetten door in hongerstaking te gaan en dan een non-interventieverklaring tekenen. Het asielzoekerscentrum dat de outillage voor de benodigde zorg mist en zo'n geval van hongerstaking bovendien als een verstoring van de rust in het centrum ziet, wil de betrokkene dan gaarne doen opnemen in een ziekenhuis of een verpleeghuis. Doch deze laatsten weigeren opname omdat behandelen niet meer mogelijk is. Een dergelijke patstelling heeft zich al meer dan eens voorgedaan. Gaat het om een verblijf in een asielzoekerscentrum ter fine van uitzetting dan is de ministeriële circulaire van toepassing: de medisch inspecteur van het ministerie van Justitie stelt zich op het standpunt dat een verpleeghuis via de indicatiecommissie verplicht is tot opname.

Laatstelijk heeft zich een geval van hongerstaking voorgedaan in de Extra Beveiligde Inrichting (EBI) te Vught, waarbij het protest was gericht tegen het 'onmenselijke en vernederende regime'.⁶³ Samen met zijn vertrouwensarts had de gedetineerde een non-interventieverklaring opgesteld. Vervolgens werd hij naar het Penitentiair Ziekenhuis overgebracht, alwaar hij dreigde in coma te geraken. Het ministerie van Justitie liet hem psychiatrisch onderzoeken en er werd geconcludeerd dat hij zou lijden aan een psychose, hoewel eerder een psychiater had vastgesteld dat er geen sprake van een psychopathologie was. De betrokkene kreeg op grond van de laatste expertise evenwel dwangvoeding toegediend en werd naar een behandelingsinrichting overgeplaatst. De vraag rijst of deze dwangvoeding valt te rechtvaardigen, hoewel niet gezegd kan worden dat door het ministerie over één nacht ijs is gegaan en dat niet is gedaan waarom het de betrokkene in ieder geval te doen was: uit de EBI te geraken.

62 Alan Reeve, *Notities uit een wachtkamer*, Lont Amsterdam 1982.

63 Trouw 16 februari 1996.

5 *Vrouwelijke gedetineerden*

5.1 *Klachten van vrouwen en de medische dienst*

Enigszins een chapter apart vormt de medische verzorging van vrouwelijke gedetineerden. Zij maken niet meer dan 5% van de totale gedetineerdenpopulatie uit. In de PBW is het geslacht van de gedetineerde als een van de weinige differentiatiecriteria voor de bestemmingen van de gevangenen in stand gebleven. Zo zijn en blijven er naast de vele inrichtingen voor mannen enkele speciale penitentiaire inrichtingen voor vrouwen: piv's. De piv's die thans ongeveer 460 plaatsen omvatten bevinden zich te Zwolle, Breda, Heerhugowaard, Maastricht, Sevenum, Utrecht en Hoorn. De verschillen die tussen de detentiesituatie van mannen en die van vrouwen kunnen worden gesignaleerd zijn niet alleen terug te voeren op de eigenschappen van het manlijke en vrouwelijke geslacht als zodanig, maar ook op het onderscheid in hun sociale positie in het algemeen, op wat mannengemeenschappen en vrouwengemeenschappen onderling pleegt te doen verschillen en op de uiteenlopende wijze waarop mannen en vrouwen reageren op de oppressieve elementen van de detentie. Uit onderzoek blijkt dat het leed van de gevangenisstraf door vrouwen anders wordt gevoeld dan door mannen. Vrouwen zouden in gevangenschap met een grotere identiteitscrisis dan mannen te maken krijgen doordat zij gesocialiseerd zijn in een identiteit die afgeleid is van een ander: zij zijn de partner van, de dochter van, de moeder van etc.¹

Dit geldt dus ook voor hun functie als moeder (ongeveer 60% van de vrouwen heeft kinderen en ongeveer tweederde daarvan zorgde in de periode vóór de detentie zelf voor hun kind).² De detentie brengt in dit opzicht een extra belasting en een knagende zorg om hun kinderen mee: dit drukt psychisch zeer zwaar op hen. A fortiori zal een en ander voor buitenlandse gedetineerden, bijvoorbeeld Zuid-Amerikaanse drugskoeriers, gelden.³

1 R. Wolleswinkel, *Gevangen in moederschap*, diss. Maastricht, Gouda Quint 1997, p. 334.

2 R. Wolleswinkel, op. cit., p. 73.

3 Zie J. Janssen, *Latijnsamerikaanse drugskoeriers in detentie: ezels of zondebokken?*, Gouda Quint 1994, p. 122.

De vrouwelijke gedetineerden voelen zich als moeder falen en zijn in hun hart bang hun kind(eren) kwijt te raken.⁴

Niettemin zoeken vrouwen teneinde de detentiesituatie te kunnen doorkomen hun 'overlevingsstrategie' vooral in de vorm van aanpassing, waar manlijke gedetineerden soms zeer opstandig en agressief worden. De mannen kunnen zich over het algemeen door de inrichtingsarbeid iets beter identificeren met een beroepsfunctie en zijn bovendien in veel gevallen het verblijf in een mannengemeenschap iets meer gewend (werksituatie, militaire dienst, sportvereniging etc.). De vrouwen daarentegen verliezen door de detentie hun primaire sociale positie, nl. die zij veelal in de gezinssituatie vervullen, in z'n geheel.

Wat er van deze verschillen zij, in de specifieke detentiesituatie van vrouwelijke gedetineerden blijkt de medische dienst meer werk te hebben dan in die van manlijke gedetineerden. De genoemde spanningen zullen daaraan ongetwijfeld mede debet zijn. In ieder geval worden de verpleegkundigen in piv's frequent geconfronteerd met uiterst vage en complexe klachten.⁵

Eveneens worden de verpleegkundigen naar hun zeggen 's avonds na het werk vaker opgebeld over klachten van gedetineerde vrouwen dan van gedetineerde mannen.⁶

Daarbij is er sprake van specifieke vrouwenverschijnselen, die niet anders zijn dan die in de vrije samenleving, zoals zwangerschap, de noodzaak van preventieve onderzoeken en verwijzingen die specifiek zijn voor vrouwen. In het geval van zwangerschap is een verhoogde waakzaamheid op z'n plaats, zeker als de betrokkene herhaaldelijk om een arts vraagt. Het gaat niet aan om daaraan – bijvoorbeeld vanwege het weekend – niet te voldoen.⁷

In het algemeen ligt de gemiddelde levensduur-verwachting voor vrouwen hoger dan voor mannen en maken vrouwen, zo blijkt uit onderzoek, meer gebruik van de voorzieningen in de reguliere gezondheidszorg dan mannen.⁸ Dit manifesteert zich natuurlijk ook in de piv's.

Een en ander verhoogt de werkbelasting van de desbetreffende medische

4 R. Wolleswinkel, op. cit., p. 74.

5 S. van der Maas, *Detentie en Gezondheidszorg: Dubbele onzichtbaarheid van vrouwen?*, Wetenschapswinkel Rechten UU 1994, p. 35.

6 S. van der Maas, op. cit., p. 28.

7 Rapport N.o. 95/334 (bevalling tijdens voorlopige hechtenis).

8 J.W.A.M. Meekes, *Sekseverschillen in gebruik van tweedelijnszorg*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1989, p. 291-296.

diensten dermate dat de gebruikelijke ratio van één verpleegkundige op 50 gedetineerden in de piv een aantal jaren geleden is veranderd in één verpleegkundige op 35 gedetineerden.⁹

Bovendien is inmiddels onderkend dat vrouwen in verband met hun specifieke gezondheidsproblematiek ook een specifieke vorm van hulpverlening behoeven. Zo zijn er her en der Vrouwen GezondheidsCentra (VGC's) gevestigd, die door middel van inloop- en informatiesprekuren vooral voorlichting en advisering verschaffen op het gebied van specifieke vrouwelijke lichamelijke klachten, soms eveneens op het terrein van somatische psychosociale en psychosomatische problemen. Dit is in overeenstemming met de bepalingen van de Algemene Wet Gelijke Behandeling (AWGB), voorzover uitzonderingen op art. 7 lid 1 sub c van die wet (inhoudende het verbod om in de gezondheidszorg enig onderscheid te maken) hun rechtvaardiging vinden in 'de bescherming van de vrouw () met name in verband met zwangerschap en moederschap' (art. 2 lid 2 sub b AWGB).

Dit alles wijst erop dat de medische diensten in de piv's niet alleen in kwantitatief maar ook in kwalitatief opzicht qua werkwijze georiënteerd dienen te zijn op de specifieke behoeften van vrouwen. Daartoe zou ook heel wel de aanwezigheid van een *vrouwelijke inrichtingsarts* kunnen behoren.

Uit onderzoek komt naar voren dat de communicatie tussen vrouwelijke artsen en hun vrouwelijke patiënten soepeler verloopt dan tussen manlijke artsen en vrouwelijke patiënten.¹⁰ Observatie in een piv bevestigt dit ten aanzien van vrouwelijke gedetineerden.¹¹ Vrouwelijke gedetineerden hebben waarschijnlijk een voorkeur voor een vrouwelijke arts, als zij daartoe in de gelegenheid zouden zijn.¹² Deze voorkeur is gebaseerd op de verwachting dat een vrouwelijke arts een serieuzere houding zal aannemen ten aanzien van hun lichamelijke klachten. Op z'n minst is het belangrijk dat een piv een arts heeft, die affiniteit toont met de ontwikkelingen van de specifieke vrouwengezondheidszorg waarin sprake is van een integratie van gedifferentieerde, op vrouwenproblemen toegespitste benaderingen.

9 S. van der Maas, op. cit., p. 28.

10 L. Meeuwesen, Spreckuur of zwijguur, diss. Nijmegen 1988.

11 S. van der Maas, op. cit., p. 38.

12 S. van der Maas, op. cit., p. 45.

5.2 *Bezoek aan kliniek of ziekenhuis*

Wat eveneens een specifieke benadering zou verdienen is de wijze waarop medische behandeling van vrouwelijke gedetineerden buiten de piv wordt georganiseerd en gereguleerd.

Voor een bezoek aan het ziekenhuis, bijvoorbeeld voor een poliklinische ingreep, gelden uit voorzorg tegen ontvluchtingspogingen strakke beveiligingsregels.

Afhankelijk van verschillende factoren kunnen – krachtens de (interne) transportregeling – tijdens het transport naar een kliniek of ziekenhuis handboeien op de buik of een stok-in-de-broek worden aangebracht, waaruit door vrouwelijke gedetineerden zelf een keuze kan worden gemaakt. Zij dienen hiervan vooraf door de medische dienst op de hoogte te worden gebracht. Behalve als de veiligheidsbelangen dit niet toestaan, worden in de behandelkamer zelf handboeien of stok uitgedaan en trekt het begeleidingspersoneel zich terug. Doch in de praktijk pleegt dit bij het consult en/of de behandeling aanwezig te blijven.

Dit is nogal eens voorwerp van verschil van mening tussen de begeleidende personeelsleden en de behandelende artsen. Er zijn artsen die onder geen beding de aanwezigheid van een of meer anderen dan de patiënt zelf bereid zijn te dulden. Zij stellen zich op het standpunt dat dit te allen tijde in strijd is met de privacy van de patiënt en de vertrouwenspositie die de arts jegens de patiënt in acht heeft te nemen. In de praktijk wordt het bezoek aan de arts door de begeleidende personeelsleden acuut beëindigd indien de arts en/of de gedetineerde tegen hun aanwezigheid protesteert: het consult en/of de behandeling gaat dan niet door.

Het is niet verwonderlijk dat gedetineerden dergelijke strikte beveiligingsmaatregelen als een grote belemmering ervaren bij het voeren van medische gesprekken en het ondergaan van een behandeling. Bovendien is het in de openbare ruimten van klinieken en ziekenhuizen verschijnen met boeien aan en met begeleiders om zich heen voor de gedetineerde uiterst vernederend.

Het valt niet te ontkennen dat sommige gedetineerden tijdens het bezoek aan een ziekenhuis hun kans schoon zien om te ontvluchten, maar empirisch staat vast dat vrouwelijke gedetineerden zelden of nooit een poging tot

ontvluchting doen.¹³ Er is derhalve geen enkele grond voor het treffen van stelselmatige beveiligingsmaatregelen bij hun bezoek aan externe artsen zoals in de praktijk nog altijd gebeurt.

Dit geldt overigens voor het transport van vrouwen in het algemeen, bijvoorbeeld bij overplaatsing van de ene inrichting naar de andere.

5.3 Bijzondere voorzieningen en opvangmogelijkheden

Vele jaren lang zijn de vrouwelijke gedetineerden als categorie bij de manlijke gedetineerden achtergesteld geweest wat betreft specifieke voorzieningen en faciliteiten. Hun aantal was aanvankelijk zó gering (enkele tientallen) dat de vrouwelijke gedetineerden in slechts enkele afdelingen binnen grotere gevangenissen konden worden geplaatst. Dat betekende dat voor hen weinig of geen differentiatie kon worden toegepast, dat er bijvoorbeeld geen specifieke open inrichting voor vrouwen bestond en dat er ten behoeve van hen nauwelijks of geen bijzondere opvangmogelijkheden waren. Dit is gelukkig geleidelijk aan veranderd en wel met de groei van het aantal gedetineerde vrouwen in absolute zin. Allengs zijn er speciale piv's ontstaan. Het heeft tot in de jaren tachtig en negentig geduurd voordat er sprake was van een gelijke behandeling en van gelijke detentie-modaliteiten voor vrouwelijke en manlijke gedetineerden.¹⁴ Zo zijn er thans in piv's VBA's en opvangmogelijkheden voor psychisch gestoorde gedetineerden.

Ook in het kader van de strafrechtspleging is het 'psychiatiseren' van vrouwen, nl. het overmatig definiëren van bepaalde afwijkende gedragingen in termen van psychiatrische ziektebeelden, een bekend verschijnsel geweest.¹⁵ Er dient tegen te worden gewaakt dat dit verschijnsel in de detentiesituatie zou worden gereactiveerd door de beschikbaarheid van meer psychiatrische benaderingsmogelijkheden.

De FOBA, welke dient tot opvang van manlijke gedetineerden met acuut optredende psychische verschijnselen (zie 4.2.2) bestaat voor vrouwelijke

13 Uit het rapport *Vrouwen in detentie*, ministerie van Justitie 1991, p. 20, blijkt dat in de periode 1984-1989 twee vrouwen een ontvluchttingspoging uit een gesloten inrichting hebben gedaan: dit is nog geen half procent van het totale aantal ontvluchtelingen uit gesloten inrichtingen.

14 R. Wolleswinkel, op. cit., hoofdstuk 3.

15 Zie bijvoorbeeld Y. Quispel, *Criminaliteit van vrouwen: een zaak voor de politie of van de psychiater?*, Tijdschrift voor Criminologie 1979, p. 232-242.

gedetineerden (nog) niet. Maar wel is er te Heerhugowaard een IBA voor vrouwen, welke 13 plaatsen bevat. De verblijfsduur kan er langer zijn dan de in beginsel geldende periode van 8 weken. De criteria die voor plaatsing in de IBA worden gehanteerd zijn: (tijdelijke) psychische problematiek, gedragsstoornissen of zeer problematisch gedrag in relatie tot de medegetineerden. Het is de bedoeling om in de IBA de betrokken gedetineerden tot een zekere psychische stabiliteit te brengen, zodat zij weer aan het gewone regime in de inrichting waaruit zij afkomstig zijn kunnen gaan deelnemen.¹⁶ Maar ook elders, bijvoorbeeld in de piv te Breda, is men overgegaan tot het bieden van extra zorg aan gedetineerden die zulks ten eerste behoeven en die (tijdelijk) niet geschikt zijn om in een groep met een algemeen dagprogramma te verkeren.

Als piv-ers het vermoeden hebben dat een bepaalde gedetineerde bij binnenkomst niet of na enige tijd niet langer geschikt is voor deelneming aan een groep signaleren zij dit bij de psycholoog die aan de inrichting is verbonden. Deze stelt een diagnose en maakt hiervan melding aan het PMT. Dit dient dan vervolgens tot verdere maatregelen over te gaan, bijvoorbeeld tot plaatsing in een afdeling voor bijzondere zorg. Wat de externe, onder de GGZ ressorterend residentiële en ambulante voorzieningen betreft, geldt hetzelfde als voor manlijke gedetineerden (zie 4.2.3). Met betrekking tot de verslavingsproblematiek moet worden bedacht dat het gebruik van slaap- en kalmerende middelen in Nederland voor het grootste gedeelte plaatsvindt door vrouwen. Over het algemeen trachten de medische diensten in de piv's wat terughoudend te zijn in het voorschrijven van middelen, met name benzodiazepinen.

Voorts moet het aantal alcoholverslaafden onder de vrouwelijke gedetineerden niet worden onderschat. De betrokkenen verdienen serieuze aandacht maar plegen als categorie nogal onderbelicht te blijven.

Daarentegen wordt de problematiek van de verslaving aan harddrugs in beginsel op dezelfde wijze benaderd als die van de manlijke gedetineerden. Een specifiek aspect daarbij is de vraag wat de beste behandelwijze is in geval van zwangerschap van een drugsverslaafde gedetineerde. Hierover verschillen gynaecologen die aan de piv's verbonden zijn van mening.¹⁷ Zwangere vrouwen die harddrugs gebruiken staan soms onder de morele druk van hun omgeving over de vraag of al dan niet abortus zou moeten

16 Rapportage van de werkgroep Forensische Zorg, p. 15.

17 S. van der Maas, op. cit., p. 85.

worden verricht.¹⁸ Het is duidelijk dat juist met betrekking tot deze specifieke problematiek het recht van vrije artsenuitvoering (ex art. 42 lid 2 PBW) van essentiële betekenis kan zijn. Het onder dwang voorkomen van zwangerschap tijdens de detentie vanwege de inrichting lijkt me ontoelaatbaar. Met betrekking tot een vrouwelijke tbs-gestelde is indertijd het door de kliniekleiding toedienen van een prikpil door de kort geding-rechter niet onrechtmatig geoordeeld, omdat haar eventuele zwangerschap zeer ongewenst werd geacht en er geen aanvaardbare alternatieven ter voorkoming daarvan aanwezig leken te zijn. Vermoedelijk meende de rechter dat zulks door de behandelingssituatie kon worden gerechtvaardigd, hetgeen overigens zeer de vraag is.¹⁹

Zoals reeds vermeld is er een VBA voor vrouwelijke gedetineerden. Juist bij vrouwen die harddrugs hebben gebruikt en met name bij degenen van hen die in de prostitutie werkzaam waren (een flink gedeelte) is de kans op een besmettelijke ziekte, in het bijzonder HIV-besmetting, bijzonder groot.

Dezelfde regels gelden als voor de manlijke gedetineerden, ontleend aan de betreffende circulaire van 1987 welke ter bescherming van zowel gedetineerden als personeelsleden aanwijzingen bevat over in acht te nemen hygiëne (het gebruik van handschoenen en de beschikbaarheid van condooms), psychosociale zorg en voorlichting.²⁰

De vrouwelijke gedetineerden zijn van mening dat het gedetineerd zijn een goede gelegenheid vormt om voorlichting te ontvangen over voorbehoedsmiddelen en over preventie van geslachtsziekten.²¹

Voor mogelijke lesbische relaties van vrouwelijke gedetineerden is de beschikbaarheid van condooms tamelijk waardeloos. Vandaar dat de WHO heeft aanbevolen dat in inrichtingen voor vrouwen vrouwencondooms beschikbaar moeten zijn.²²

In sociaalrechtelijk opzicht is nog van belang dat vrouwen die wegens zwangerschap door de inrichtingsarts niet in staat tot werken worden geacht het voor hen normale arbeidsloon ontvangen, zoals in de vrije maatschappij gebruikelijk is.²³

18 S. van der Maas, op. cit., p. 85.

19 Rb. Utrecht 1 mei 1986, PI 1986, nr. 76, m.n. J. van Zeijst.

20 Circulaire van 27 augustus 1987, nr. 555/387.

21 S. van der Maas, op. cit., p. 88.

22 Aanbevelingen 45 en 46 van de WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons, Genève 1993.

23 BC 24 juni 1994, A 94/122, Sa 1994, nr. 52.

5.4 Ouders en kinderen in detentie

De maximale leeftijd van baby's die bij de moeder in detentie mogen verblijven is lange tijd 9 maanden geweest, ongeacht de vraag of de moeder het kind zelf voedde. Hierna werd de baby aan de vader, de familie of een pleeggezin gegeven.

Hierin is in de PBW verandering gekomen. Krachtens art. 12 PBW wijst de minister van Justitie bepaalde inrichtingen of afdelingen aan waarin kinderen tot een bepaalde leeftijd kunnen worden ondergebracht, terwijl het de inrichtingsdirecteur is die in het concrete geval voor de onderbrenging van een kind aldaar zijn toestemming moet geven (art. 5 lid 4 sub a PBW). Deze beslissing mag hij niet aan een andere functionaris overlaten.

Het is de uitdrukkelijke bedoeling van art. 12 PBW om de onderbrenging van een kind niet te beperken tot gedetineerde *moeders* maar deze ook mogelijk te maken ten aanzien van gedetineerde *vaders*, bijvoorbeeld als deze reeds vóór de detentie de verzorging van hun kind op zich hebben genomen.²⁴

In de praktijk zullen het vermoedelijk overwegend de moeders zijn op wie art. 12 PBW wordt toegepast. In de wet is geen maximum leeftijd van het in de detentie onder te brengen kind genoemd. Het rapport 'Vrouwen in detentie' stelde voor de gebruikelijke leeftijdslimiet van 9 maanden te verruimen tot 4 jaar, de leeftijd waarop een kind de basisschool kan gaan bezoeken.²⁵ Men moet evenwel bedenken dat het welzijn en de ontplooiing van het kind nadelige gevolgen kunnen ondervinden van de omstandigheden die eigen zijn aan de detentiesituatie. Dat is de reden dat de inrichtingsdirecteur van geval tot geval zal moeten beslissen over de onderbrenging van het kind in de inrichting of de afdeling. Hierbij moet hij niet alleen het belang van de bescherming van de persoonlijke veiligheid of de geestelijke of lichamelijke ontwikkeling van het kind in acht nemen, maar ook het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art. 12 lid 2 PBW). Immers op grond van deze laatste criteria kan het in art. 8 EVRM gegarandeerde recht op familylife worden beperkt nu deze in overeenstemming zijn met de beperkingsgronden van het tweede lid van art. 8 EVRM.

Voorts kan de directeur aan zijn toestemming tot onderbrenging bepaalde voorwaarden verbinden (art. 12 lid 3 PBW). Deze voorwaarden kunnen het

24 MvT, p. 80.

25 Rapport: Vrouwen in detentie, ministerie van Justitie 1991, p. 29/30.

dagprogramma van ouder en kind, de wijze van verzorging van het kind en het contact met andere kinderen betreffen.

Over een en ander kan de directeur eerst advies van de Raad voor de kindbescherming inwinnen (art. 12 lid 4 PBW). Als het verblijf van een kind in een inrichting of afdeling niet naar verwachting of overeenkomstig de gestelde voorwaarde(n) verloopt, dan kan de directeur indien dit hetzij uit oogpunt van het belang van het kind hetzij uit oogpunt van de orde of veiligheid van de inrichting noodzakelijk is zijn toestemming intrekken (art. 12 lid 5 PBW).

Voordat een directeur zijn beslissing neemt, zowel over het onderbrengen van een kind als over het intrekken van zijn toestemming, moet de gedetineerde worden gehoord (art. 57 lid 1 sub a PBW). Al deze beslissingen zijn uiteraard vatbaar voor beklag en beroep.

De kosten van de verzorging van het kind komen voor rekening van het Rijk voorzover de gedetineerde niet zelf in die kosten kan voorzien (art. 12 lid 8 PBW).

Het is duidelijk dat hoe 'opener' een detentiesituatie is, d.w.z. minder opbeveiliging ingesteld en dus meer gericht op vrije communicatie met de buitenwereld, des te beter deze zich zal lenen voor het verblijf van kinderen.

In ieder geval behoeft het verblijf van kinderen speciale bouwkundige en regimairse voorzieningen. Intussen zijn er in de gesloten inrichting te Heerhugowaard enkele cellen en ruimten speciaal ingericht voor moeders met kind.

Van 1993 tot 1996 heeft gedurende twee jaar in de p.v. Ter Peel te Sevenum een experiment plaatsgevonden, waaraan in totaal 38 vrouwelijke gedetineerden hebben deelgenomen. Van alle aldaar gedetineerde vrouwen had 2/3 kinderen, doch deze waren voor het merendeel ouder dan 4 jaar. De leeftijd van de kinderen die in de inrichting werden ondergebracht (vrijwel evenveel meisjes als jongens) varieerde van enige weken tot bijna 4 jaar. Hun gemiddelde verblijfsduur aldaar was ruim 2 maanden. Hierbij werd aanvankelijk gewerkt met een crèche binnen de inrichting. De begeleidsters daarvan waren piw-ers die dit bij toerbeurt deden, maar deze dubbelfunctie werd al spoedig als te zwaar ervaren. Daarna is overgegaan op een crèche buiten de inrichting. Positieve ervaringen met dit laatste zijn al eerder opgedaan in andere landen, bijvoorbeeld in Frankrijk.

De 38 vrouwen zeiden na afloop geen spijt te hebben gehad van de keuze om hun kind mee te nemen naar de p.v.

Niettemin werden door hen kritische opmerkingen gemaakt ten aanzien

van de hoeveelheid uren die zij ondanks het verblijf van hun kinderen moesten werken, de onvoldoende afstemming van het eten op de kinderen, de aanwezigheid van te weinig leeftijdgenootjes voor het kind en het ontbreken van voldoende mogelijkheden om met het kind naar buiten te gaan.²⁶

Met name het contact met de buitenwereld lijkt me voor zowel de gedetineerde als het kind essentieel. Alleen al daarom is het gebruik maken van een externe crèche m.i. van vitaal belang. In Spanje kunnen (oudere) kinderen de gevangenis waarin zij zijn ondergebracht verlaten voor het brengen van bezoeken aan familieleden. In Portugal, waar kinderen tot 3 jaar in de gevangenis mogen verblijven, kunnen oudere kinderen die elders wonen 15 dagen van hun vakantie bij hun moeder in de gevangenis doorbrengen.

Het is duidelijk dat als het de kinderen goed gaat dit aan de psychische toestand van de gedetineerde zeer ten goede komt. De zorg om de kinderen lijkt immers een van de zwaarste obsessies van gedetineerde vrouwen te zijn.

26 Rapport Experiment Moeders met Kinderen in gevangenis Ter Peel, ministerie van Justitie 1995, p. 42.

6 *Ontwikkelingen in het gevangeniswezen en de gezondheidszorg voor de gedetineerden*

6.1 *Recente rapporten over de medische verzorging*

Naar aanleiding van enkele betreuenswaardige gebeurtenissen en de door de Nationale ombudsman uitgesproken bezorgdheid over gevallen van overlijden en suïcide onder gedetineerden is in 1995 het rapport 'Zorg ingesloten' tot stand gekomen. Daarnaast werd in 1996 rapport uitgebracht door de ad hoc-commissie tot onderzoek van de situatie in de Rotterdamse inrichting Noord-singel vanwege een relatief grote hoeveelheid suïcides en tenslotte is het rapport van de werkgroep Forensische Zorg in 1997 verschenen. De medische zorg van gedetineerden heeft kortom in het recente verleden veel aandacht gekregen. Vooral in organisatorisch opzicht is een groot aantal aanbevelingen gedaan in het rapport 'Zorg ingesloten', die ook door het ministerie van Justitie zijn of worden opgevolgd.

Ik denk onder meer aan de aanbeveling dat als er meer artsen aan dezelfde inrichting zijn verbonden één van hen als hoofd van de medische dienst fungeert (waarin vroeger officieel niet was voorzien) en dat er per inrichting een PMT moet functioneren.

Dat een goede medische zorg- en hulpverlening niet zonder meer is gegeven met een goede organisatie en met het bestaan van bepaalde regels spreekt vanzelf. Het rapport 'Zorg ingesloten' geeft blijk dit te beseffen door op te merken dat 'een goede teamgeest van groot belang is' evenals 'flexibiliteit en improvisatievermogen van de diverse betrokkenen'.¹

Doch ook dit komt niet vanzelf tot stand: de context moet zich hiervoor lenen, de mentaliteit van de arts en zijn verplegers moet er naar zijn en de inrichtingssfeer zal in dit opzicht stimulerend moeten zijn. Wij zagen immers hoezeer de medische dienst ook is aangewezen op de goede medewerking van de piw-ers en de directeur. En de personen van de directie zijn in hoge mate bepalend voor het algehele inrichtingsklimaat. Zo hangt alles met alles samen.

¹ Rapport, p. 40.

Niet in de laatste plaats is voor een en ander van structureel belang in welke geest het gevangeniswezen als geheel zich ontwikkelt.

6.2 Ontwikkelingen in het gevangeniswezen.

Er is een aantal ontwikkelingen in het gevangeniswezen te signaleren, dat van grote invloed is op het sterk met hun gezondheid samenhangende welzijn der gedetineerden.

- a. In de eerste plaats is er de ontwikkeling van de toenemende *massaliteit* en de groei van *efficiency*: het gevangeniswezen dijt steeds meer uit en kent al maar groter wordende inrichtingen (tot enige tientallen jaren geleden telde een penitentiare inrichting maximaal circa 120 gedetineerden, terwijl laatstelijk inrichtingen met plaats voor 300 personen zijn gebouwd). Bovendien staat de organisatie van het gevangeniswezen, ressorterend onder de door de minister van Justitie gemandateerde DJI, almaar sterker in het teken van het management. Het inrichtingspersoneel is op een steeds krappere leest geformeerd, zodat allerlei vormen van traditionele 'informele' contacten en bemoeienis zijn opgeofferd aan de efficiency van de tevoren berekende, hoogst noodzakelijke handelingen (deuren openen, maaltijden ronddelen, gedetineerden verplaatsen etcetera). Daarmee is de aandacht voor individuele gedetineerden flink verschrompeld. Dit uit zich ook in de informatie-overdracht bij de wisseling van de nacht- en dagdiensten. De communicatielijnen tussen bewakend personeel en staffunctionarissen, zoals van de medische dienst, dreigen eveneens te verschrallen.
- b. De invoering van het *standaardregime* als uitgangspunt voor iedere gedetineerde, ofwel het regime dat uitsluitend bestaat uit een minimum aantal noodzakelijke activiteiten zonder enig resocialiserend surplus,² zal van genoemde ontwikkelingen een officiële bestendiging zijn. Werkelijk resocialiserende activiteiten op het gebied van het aanleren van vakbekwaamheid en het volgen van cursussen is voorbehouden aan die categorie gestraften die zich daartoe gemotiveerd toont en met wie succes valt te behalen. De schatting luidt dat dit circa 20% van het totale gedetineerdenbestand betreft. Daarmee wordt een fors aantal gedetineerden qua resociabiliteit in feite afgeschreven. Dit kan op langere termijn ook de

2 Zie de nota *Werkzame Detentie 1994*. Het standaardregime vindt zijn basis in de PBW.

maatschappij benadelen. Doch voor het individuele welzijn van de betrokken gedetineerden is dit al direct uitermate schadelijk.

De ruimte voor het signaleren van individuele bijzonderheden en persoonlijke problematiek wordt met dit alles in het algemeen uiterst gering. Daarnaast worden de gedetineerden langer in hun cel opgesloten, waardoor stress en gedepimeerde stemmingen zonder twijfel worden bevorderd. Niet kan worden ontkend dat behalve de verharding van het detentieklimaat ook de toegenomen bewustwording van de eigen situatie van onvrijheid bij gedetineerden aan het gevaar voor depressie en zelfs suïcide kan bijdragen.³

Daaraan is inmiddels het *sobere regime* toegevoegd. Weliswaar is dit bestemd voor bepaalde in beginsel korte tijd in de inrichting verblijvende gedetineerden en gedurende maximaal 3 maanden maar niettemin is het een hoogst verontrustend verschijnsel dat naar een dergelijk beperkt regime is teruggegaan.

Als dit eenmaal zal zijn ingeburgerd valt te vrezen voor een olievlekwerking daarvan, zowel ten aanzien van andere categorieën gedetineerden als met betrekking tot de tijd gedurende welke men in het sobere regime verblijft. Overigens is het zorgwekkend dat zich in het sobere regime veel psychisch gestoorden bevinden.⁴

- c. Onder de gedetineerdenpopulatie zijn bovendien groeiende aantallen psychisch gestoorden en drugsverslaafden te signaleren. Voor de gestoorden is lang niet altijd op korte termijn een alternatief beschikbaar, hoewel het aantal psychotici onder hen onevenredig groot is. Zelfs als het personeel, zoals de N.o. voorstaat, meer wordt geschoold in het herkennen van zelfdodingsrisico's onder gedetineerden is en blijft het zeer moeilijk voor een leek de somatische en psychische gezondheidstoestand der betrokkenen snel genoeg op de juiste waarde te schatten. Dat een dergelijke bijscholing en begeleiding van het personeel moet worden gegeven is op zichzelf buiten kijf.
- d. Het scala vergaande bevoegdheden van de directeur is in de PBW aanzienlijk toegenomen. In het bijzonder valt te denken aan de bevoegdheid om een onderzoek in het lichaam te doen plaatsvinden en om een medische handeling te doen ondergaan. Het zal ervan afhangen hoe deze vergaande bevoegdheden zullen worden gehanteerd en welke interpreta-

3 H. Franke, De macht van het lijden, Balans 1996, p. 323.

4 Hiervoor vraagt de werkgroep Forensische Zorg aandacht (p. 36).

ties daaraan door de beklag- en beroepscommissie(s) zullen worden gegeven. De arts die hieraan zijn medewerking moet verlenen zou wel eens in ethisch geladen en derhalve voor hem zelf moeilijke situaties terecht kunnen komen. Maar ook het welzijn van de betrokken gedetineerden zou onder spanning kunnen raken en wellicht ook dat van andere gedetineerden die een dergelijke ingreep serieus te vrezen hebben.

- e. Het besluiten tot een gesloten deuren-beleid in geval van gijzeling door opstandige of uitbrekende gedetineerden (inhoudende dat alle deuren hermetisch worden gesloten en de gijzelnemer(s) en gegijzelde(n) worden geïsoleerd) en de instelling van de Extra Beveiligde Inrichting (EBI) voor vluchtgevaarlijk gebleken of vluchtgevaarlijk geachte gedetineerden zijn in de repressieve sfeer geen geringe ontwikkelingen. Dit zijn exponenten van een algehele verharding van het gevangeniswezen en een verhoogde nadruk op de veiligheid, die niet zonder reden in de PBW een differentiatie-criterium is geworden (zie art. 13 PBW).

Natuurlijk zijn er ook gunstige ontwikkelingen te noemen, bijvoorbeeld het feit dat er ondanks herhaalde aandrang van met name bepaalde Kamerleden niet is overgegaan tot een meer algemene praktijk van het plaatsen van twee gedetineerden in één cel, hoewel een bescheiden categorie gedetineerden hiervoor zondig wel in aanmerking kan komen, nl. bij de tenuitvoerlegging van vreemdelingenbewaring en van (vervangende) hechtenis.⁵ Tegen het verblijf van meer gedetineerden in één cel kan het bezwaar worden ingebracht dat dit tot onderlinge agressie kan leiden en dus ook tot seksueel geweld met alle gevaren vandien.

6.3 Consequenties en conclusies

6.3.1 De medische dienst, de arts en de verpleegkundigen

Tegen de achtergrond van het voorgaande kan geconstateerd worden dat de medische dienst deel uitmaakt van steeds grootschaliger gehelen, waarin sprake is van soberdere en striktere detentiesituaties. Dat maakt het werk zwaarder en ingewikkelder, hetgeen voor de effectuering van het recht van de gedetineerde op goede medische zorg niet zonder betekenis is. Te denken valt onder meer aan een goede bereikbaarheid van de arts of zijn vervanger

⁵ Art. 23a Gev.M.

met name in het weekend, die reeds thans soms te wensen overlaat.⁶ Des te belangrijker is het dat inrichtingsartsen een instelling hebben die affiniteit heeft met de specifieke pathologische problematiek van gedetineerden, bij wie bovendien in sociaal opzicht vaak van bijzonder grote achterstanden sprake is. Voorts zijn er allochtone gedetineerden met specifieke behoeften (veelal in verband met hun culturele achtergronden), bijvoorbeeld om niet door een vrouwelijke verpleegkundige te worden gezien. Sommige inrichtingsartsen hebben in dit alles juist grote interesse, maar anderen staan daar onverschilliger tegenover of missen de benodigde affiniteit in hoge mate.

Vanzelfsprekend geldt hetzelfde voor de in inrichtingen werkzame verpleegkundigen. Daarbij – maar dat spreekt eveneens vanzelf – is het van vitaal belang dat zij onderling een uitstekende communicatie hebben en dat er duidelijkheid over hun onderlinge taakverdeling is.

Op zichzelf is er geen bezwaar tegen dat de verpleegkundige zonedig selecteert voor het spreekuur, maar daarmee verliest de gedetineerde niet het recht om door de arts zelf te worden gezien als hij daarop aandringt. In ieder geval zouden wachtlijsten er niet toe mogen leiden dat men langer dan 1 dag, hooguit 2 dagen daarop zou moeten wachten.

Het aanleggen van zo volledig mogelijke dossiers is van grote betekenis. Een verhoogde alertheid in geval van depressies of bepaalde ziektesituaties blijkt te zijn geboden. Een zeer goede bereikbaarheid van de medische functionarissen, met name gedurende de nacht en het weekend, is van vitaal belang.

Alleen al daarom moeten door de medische dienst structurele afspraken worden gemaakt met de piw-ers. De genoemde ontwikkelingen in het gevangeniswezen maken een en ander urgenter. Te overwegen valt in hoeverre de aanstelling van een part-time arts die een externe huisartsenpraktijk heeft overal per definitie de voorkeur verdient. De specifieke deskundigheid die een penitentiaire inrichting veronderstelt behoeft zijn eigen ontwikkeling. Het betrekken van een inrichtingsarts via de GG en GD kan onder omstandigheden tegemoet komen aan een aantal euvelen dat zich thans voordoet (zoals perikelen rondom de vervanging), doch dit is afhankelijk van de lokale situatie.

Het aanstellen van iedere inrichtingsarts moet onvoorwaardelijk gepaard gaan met een degelijke voorbereiding en inwerkingsperiode, waarin penitentiaire kennis en ervaring wordt opgedaan. Dit is noodzakelijk vanwege het

specifieke – ook in juridisch opzicht – van de penitentiaire situatie en het precaire karakter van de aldaar aanwezige pathologie. Ook de arts die een huisartsenpraktijk daarnaast blijft houden behoeft deze training en inwerking.

Wellicht zou enige belangstelling hiervoor reeds gewekt kunnen worden tijdens de medische opleiding, bijvoorbeeld door een co-assistentenschap of een stage in het kader van de huisartsenopleiding of van enige andere specialisatie mogelijk te maken onder supervisie van een inrichtingsarts. Een en ander zou een aanloop kunnen zijn voor het medisch inrichtingswerk in het algemeen: ook andersoortige inrichtingen dan penitentiaire inrichtingen hebben een medische dienst met een vergelijkbare positie en een vergelijkbare werkwijze.

6.3.2 *Het inrichtingspersoneel*

Naarmate de regimes strikter worden zal ook het appel van de gedetineerden op de piw-ers om aandacht voor hun lichamelijk en psychisch ongerief te vragen toenemen.

Het is belangrijk dat de piw-ers, althans een deel van hen, enigszins vertrouwd raken met de specifieke problematiek van geestelijk gestoorden en drugsverslaafden in detentie. Dit kan worden bereikt door hen een cursus te laten volgen, maar ook door coaching van onervaren personeel door ervaren personeel. Als men bepaalde verschijnselen ter plaatse kan herkennen en in staat is op voorhand een grove inschatting te maken van de ernst van bepaalde situaties kan men adequater bij de medische dienst, ook buiten de werktijden, melding van de eigen bevindingen en vermoedens maken. De medische dienst dient zich hiertoe alleszins ontvankelijk op te stellen en over de dan te volgen gedragslijnen afspraken te maken.

Bovendien zou ernst moeten worden gemaakt met de opmerking van de CPT dat in de inrichtingen ook 's nachts minstens één verpleegkundige aanwezig zou moeten zijn voor gevallen van nood.

Tenslotte zouden de piw-ers meer in de gelegenheid moeten verkeren om sociale contacten met gedetineerden te hebben, dit ter voorkoming van vreemding en tot verlichting en ontlasting van hun mentale toestand. Een en ander komt neer op de noodzaak de personeelsformaties iets minder krap te bemeten. In deze geest oordeelde ook de commissie die de situatie in de Rotterdamse Noordsingel in verband met gevallen van suïcide heeft onderzocht.⁷

7 Rapport 1996.

6.3.3 De directie

De directie, en dus de persoon van de directeur(en), determineert in hoge mate het inrichtingsklimaat als geheel, hetgeen van veel gewicht is voor het in de inrichting heersende regime in ruime zin (zie 1.2).

De directeur zal nl. ten aanzien van de wijze waarop de regels worden gehanteerd een dominerende functie vervullen: hij kan een strikte naleving van de regels voorstaan, maar kan ook in bepaalde opzichten tot een soepele of royale wijze van toepassing daarvan bereid zijn naar gelang hij over meer improvisatievermogen beschikt.

Ondanks de gelding van dezelfde regels kan enigszins verschillend worden geoordeeld over de vraag of bepaald gedrag van een gedetineerde de orde en de veiligheid in de inrichting in gevaar brengt en of een ordemaatregel noodzakelijk moet worden geacht. Voorts is de ene directeur in zo'n geval sneller geneigd om in termen van subsidiaire mogelijkheden te denken dan de andere.

De nieuwe, zeer ingrijpende bevoegdheden waarover de directeur met de inwerkingtreding van de PBW beschikt zullen met buitengewoon grote behoedzaamheid moeten worden gehanteerd: het doen verrichten van onderzoek *in* het lichaam (art. 31 PBW) en het verplichten om een geneeskundige handeling te gedogen (art. 32 PBW). Het is duidelijk dat een en ander veraf staat van de geest van de wet GBO.

Hoewel krachtens de PM de directeur alvorens een beslissing tot deze laatste controle-maatregel te nemen eerst met de arts en met het hoofd van de desbetreffende afdeling *overleg* moet plegen, en in sommige gevallen ook met de psychiater, waarbij tevens de subsidiaire mogelijkheden moeten worden nagegaan, is en blijft de bevoegdheid tot zo'n verstrekkende maatregel uiterst precair en hachelijk. Daaraan doen alle rechtswaarborgen waarmee de maatregel is omgeven weinig of niets af. Weliswaar behoeft de inrichtingsarts zijn medewerking hieraan niet te verlenen, maar dan wordt een andere arts ingeschakeld. Juridisch is het een manco, dat de betrokken handelingen door de wet niet zijn gebonden aan soort en maat, anders dan in het kader van de wet-BOPZ het geval is. Dit is een opmerkelijk verschil.

Het zal sterk van de jurisprudentie van de beklag- en beroepsrechter(s) afhangen welke substantiële betekenis deze maatregelen in werkelijkheid zullen hebben.

Doch ook de medisch-ethische opvattingen en de daarmee samenhangende standpunten van de inrichtingsarts in dezen zijn van cruciaal belang, al is het de directeur die de beslissing uiteindelijk neemt, welke vervolgens in het

reguliere beklag- en beroepsrecht kan worden getoetst. Het zou aanbeveling verdienen als aan dit onderwerp diepgaand aandacht zou worden gegeven op bijeenkomsten van inrichtingsartsen en als men tot de ontwikkeling van een code vanuit de professionele verantwoordelijkheid zou komen.

Eveneens is het de directeur, die indien de (vermoedelijke) aanwezigheid van een bepaalde infectieziekte in de inrichting besmettingsgevaar voor anderen meebrengt de nodige maatregelen moet treffen, zoals eventueel het isoleren van de betrokkenen en het aanmelden ervan aan de plaatselijke GG en GD. Vanzelfsprekend geschiedt een en ander in overleg met en in medeverantwoordelijkheid van de inrichtingsarts.

6.3.4 Het regime

Het regime is zojuist al aan de orde geweest. In ieder geval staat vast dat te strenge regimes, d.w.z. waarin de sociale contacten met piw-ers en met medege-detineerden zijn verarmd of zelfs nauwelijks denkbaar zijn, schadelijk voor de (geestelijke) gezondheid van de gedetineerden zijn. Dit impliceert een krachtig argument tegen het sobere regime. Dit is m.i. uit den boze. Het wekt derhalve enige verbazing dat in het jaarverslag-DJI van 1996 onder de beleidsactiviteiten van het gevangeniswezen enerzijds melding wordt gemaakt van nader onderzoek naar het eerder signaleren van neigingen tot suïcide (p. 36) en dat anderzijds een uitbreiding met 1000 cellen in de sector van het sobere regime wordt aangekondigd. De vraag lijkt gerechtvaardigd of het gevangeniswezen zich aldus niet overgeeft aan een hoogst hybride beleid, waarbij de ene hand niet weet wat de andere doet. Het standpunt van de CRS dat met het sobere regime de absolute ondergrens is bereikt⁸ doet daaraan niets af, al is de daarin besloten waarschuwing bepaald niet overbodig. De ervaring wijst uit dat het gevaar van olievlekwerking van nieuwe fenomenen niet denkbeeldig is. Blijkbaar moeten er eerst (weer) ongelukken gebeuren alvorens men van zins is op eenmaal ingeslagen paden (gedeeltelijk) terug te keren.

6.3.5 Artsen buiten de inrichting

Gehoopt mag worden dat het onder de vigeur van de PBW niet tot complicaties zal leiden als men een eigen arts wenst te consulteren, zeker in belastende situaties als van een hongerstaking.

8 CRS 21 juni 1996, SG 314/96.

Voorts zou het aanbeveling verdienen de bewakingsvoorschriften met betrekking tot het zich ophouden in een ziekenhuis of kliniek van gedetineerden uit gesloten inrichtingen teneinde een behandeling of ingreep te ondergaan nog eens in overweging te nemen: gedacht zou kunnen worden aan een grotere nuancering en individualisering daarvan. Het is voorstelbaar dat in ieder geval onderscheid wordt gemaakt tussen de regels betreffende het vervoer heen en terug naar het ziekenhuis en die betreffende het verblijf aldaar en de behandeling zelf. Op grond van art. 13 PBW zal een grotere onderlinge differentiatie optreden tussen – ook gesloten – inrichtingen naar de mate van hun beveiliging. De gedetineerden zullen dienovereenkomstig worden geselecteerd mede op basis van hun zogeheten ‘risicoprofiel’. Naar gelang daarvan kan ook hun beveiliging buiten de inrichting worden aangepast.

De betrokkenen ervaren vergaande bewakingsmaatregelen als interveniërend in de vertrouwelijkheid die een medische behandeling fundamenteel kenmerkt. Zeker geldt een en ander voor vrouwelijke gedetineerden, die in het algemeen zeer zelden pogingen tot ontvluchting ondernemen. Maar er zijn ook tal van manlijke gedetineerden, van wie geen enkel vluchtgevaar valt te vrezen.

6.3.6 De communicatie-structuur

De communicatiepatronen binnen de inrichtingen worden deels structureel, deels persoonlijk bepaald. Als persoonlijke bereidheid tot communicatie ontbreekt, dan zal daarin via een structuurwijziging hooguit gedeeltelijk verbetering kunnen worden gebracht.

Het verdient daarom alle aanbeveling dat de medische dienst samen met de geleding van de piw-ers afspraken maakt over de wijze waarop deze laatste toegang tot de medische dienst kunnen hebben.

Voorts is een goede verstandhouding tussen medische dienst en directeur alleszins van belang, zeker met het oog op noodsituaties en ongevallen, terwijl een goede samenwerking een preventieve werking kan hebben. Dit betekent bepaald niet dat de arts zijn eigen professionele autonomie zou verliezen. Ook zijn medisch-ethische standpunten kunnen onder omstandigheden een uitstekend tegenwicht bieden tegen overhaaste neigingen tot herstel van de orde en rust in de inrichting. Daarnaast dient er een goede afstemming plaats te vinden tussen de medische zorgverlening en andere vormen van hulpverlening in de inrichting. Het functioneren van SMT's komt aan de noodzaak hiervan hopelijk op een adequate wijze tegemoet. Een dergelijke

afstemming van hulpverlening heeft een meer integraal karakter dan als alleen de verpleegkundige zich hiervoor inspant.

Ook de communicatie met externe instellingen zoals burgerziekenhuizen, dient uitstekend te zijn. Het bestaan van vaste connecties biedt daarvoor vaak goede garanties.

Het bestaan van te veel overlegorganen naast elkaar bergt overigens het gevaar van overlappingsen en misverstanden in zich: de uitoefening der primaire professionele taken dient prioriteit te hebben.

6.3.7 Samenwerking tussen de betrokken departementen

Met name de problematiek van de aanwezigheid van een groot aantal (soms zéér) gestoorde gedetineerden in de inrichtingen noopt tot een vruchtbare samenwerking tussen de departementen van Justitie en van VWS.

Dit laatste is in het verleden al meer dan eens geconstateerd en hierover zijn ook al eerder tussen de desbetreffende ministeries afspraken gemaakt.⁹ Doch deze behoeven dringend aanvulling en uitbreiding.

De indruk bestaat dat de noodzakelijke bereidheid van het ministerie van VWS om voor gedetineerden voorzieningen open te stellen geregeld op interne weerstanden stuit. Men lijkt daarnaar – voorzichtig gezegd – niet halsreikend uit te zien. Toch zal zoveel mogelijk moeten worden voorkomen dat deze problematiek zich steeds weer herhaalt en dat dus steeds weer opnieuw interdepartementale samenwerking moet worden geïnitieerd.

6.3.8 Het juridische kader

Alle gezondheidsrechtelijke regels en normen en de daaraan te ontleen patiëntenrechten zijn van toepassing in de detentiesituatie, tenzij daarop een door de aard van de situatie te rechtvaardigen uitzondering moet worden gemaakt. De praktijk van de gezondheidszorg voor gedetineerden speelt zich af in de beslotenheid van de penitentiaire inrichting, die zijn eigen specifieke karaktertrekken heeft en waaraan de aanwezigheid van mensen met zeer specifieke medische problemen inherent is.

Wat het toezicht betreft valt te constateren dat de rapporten die de Nationale ombudsman tot nog toe heeft opgesteld zeer veel indruk in de penitentiaire wereld hebben gemaakt. Intussen zijn enige verbeteringen aangebracht, die daarvan zeker het gevolg zijn. Een penitentiair systeem dat het

9 Zie de brief van de staatssecretarissen van Justitie en WVC (thans: VWS) van 18 januari 1988 aan de Tweede Kamer.

leven van gedetineerden niet optimaal veilig stelt wordt snel gezien als ondermijning van de rechtsstaat, waarin immers de gerechtelijke vrijheidsbenaming de diepste ingreep betekent in de menselijke vrijheid en waardigheid die de rechtsstaat juist wil waarborgen.

Van de medische klachtbehandeling mag worden verwacht dat deze, waar nodig, een sterk preventieve werking zal hebben met betrekking tot de zorgvuldigheid waarmee de medische diensten te werk dienen te gaan.

Men kan zich afvragen of de betrokken procedure, bestaande uit een bemiddelingsfase door de Medisch Adviseur van het ministerie van Justitie en eventueel gevolgd door de behandeling van de klacht door een centrale Beroepscommissie van de CRS, voldoende recht doet aan de mogelijke ernst van de klachten. De reguliere klachtbehandeling vindt immers plaats in twee juridische instanties, te weten door de beklagcommissie en daarna door de Beroepscommissie van de CRS, terwijl daaraan veelal een bemiddelingspoging door de maandcommissaris voorafgegaan zal zijn.

Voorts valt te overwegen eventuele nabestaanden van een intussen overleden gedetineerde eveneens tot het medisch klachtrecht toe te laten.

Wat het arbeidsomstandighedenrecht betreft moet nog worden opgemerkt dat naar mate de arbeid kwantitatief een belangrijke plaats in het regime inneemt en er een navenante kans op arbeidsongevallen is, een specifieke regeling voor arbeidsongevallen in detentie zou moeten worden overwogen.

6.3.9 De vrouwelijke gedetineerden

De onder een groot aantal vrouwelijke gedetineerden levende wens om een vrouwelijke inrichtingsarts te kunnen hebben dient zeer serieus te worden genomen. Dit ligt uiterst kies vanwege het specifieke karakter van veel medische klachten van vrouwelijke gedetineerden. Dit laatste verschilt diametraal van de wijze waarop de detentiesituatie in het algemeen intussen gesocialiseerd is in die zin dat in manneninrichtingen tevens vrouwelijke piw-ers en in vrouweninrichtingen ook mannelijke piw-ers werkzaam zijn.

Voor vrouwelijke gedetineerden geldt a fortiori dat bewakingsmaatregelen in verband met hun bezoek aan een kliniek of ziekenhuis uitzondering en geen regel behoren te zijn.

In verband met mogelijke lesbische relaties verdient de verstrekking van vrouwencondooms in piv's sterk aanbeveling.

Voorts zou wat de arbeidsduur en wat de maaltijden betreft rekening moeten worden gehouden met moeders, die een kind in de inrichting ondergebracht hebben.

6.3.10 Andere elementen in de detentiesituatie

Tenslotte wijs ik op de invloed die vele andere elementen van de complexe detentiesituatie direct of indirect op de gezondheidstoestand van de gedetineerden kunnen hebben. Onder 6.3.4 kwam reeds de betekenis van het algehele regime in dit verband aan de orde.

Maar vele andere elementen, zoals bijvoorbeeld de beschikbaarheid van resocialiserende activiteiten, zijn van vitaal belang. De in het verschiet liggende ontwikkelingen daaromtrent stemmen tot grote somberheid ten aanzien van het welzijn van die gedetineerden, die daarvoor niet in aanmerking komen (geschat wordt circa 80% van alle gedetineerden). Niet alleen gaat het daarbij om interessante en leerzame arbeidsmogelijkheden, maar ook om de deelneming aan penitentiaire programma's die gedurende de laatste fase van langere gevangenisstraffen buiten de muren georganiseerd zullen worden (zie art. 4 PBW).

Dit alles blijft in beginsel voorbehouden aan de gedetineerden, die zich hiertoe gemotiveerd tonen. De ervaring leert evenwel dat veel gedetineerden door gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden in hun milieu nooit geleerd hebben om voor wat dan ook gemotiveerd te raken en er dientengevolge een nogal negatief maatschappij- en mensbeeld op na houden. Vroeger voelden reclasseringsmedewerkers en maatschappelijk werk(st)ers zich geroepen hun cliënten te leren wat motivatie is, doch dit kost tijd, geduld en oefening. Helaas is de gelegenheid daartoe sterk afgenomen.

Het verdient aanbeveling dat ook voor deze categorie gedetineerden enigszins leerzame en bevredigende werksoorten ter beschikking zullen zijn.

Blijvende aandacht zal moeten worden gegeven aan de kwaliteit van de voeding en de toegankelijkheid tot sport en beweging. Hoe meer gedetineerden langdurig in hun cel moeten verblijven hoe precairder deze basisbehoeften van het menselijke lichaam worden.

6.3.11 Tot slot

In het voorgaande is ruimschoots naar voren gekomen hoe in de complexe detentiesituatie alle elementen nauw met elkaar samenhangen. Dit manifesteert zich zeer zeker ook terzake van de gezondheidszorg voor gedetineerden.

De geldende regels, die een bepaalde verdeling der verantwoordelijkheden op dit terrein weerspiegelen, de regels en normen van het vigerende gezondheidsrecht, de organisatie, de voorzieningen en de werkwijze van de medische dienst, de personen van de betrokken functionarissen, de inspanningen van de piw-ers, het (officieel) vigerende regime in de inrichting en de

faciliteiten waarover deze beschikt, al deze elementen bepalen in onderlinge samenhang mede de gezondheidssituatie van de gedetineerden.

Juist in de prangende detentiesituatie is het van het hoogste belang de gezondheid van de betrokkenen grondig te bewaken, omdat deze situatie uit z'n aard een mens minder gezond maakt. Met deze realiteit heeft in eerste instantie de medische dienst in hoge mate te maken.

Korte nabeschuwing

In dit preadvies is uitgegaan van de bestaande situatie waarin de medische verzorging van gedetineerden dusdanig is ingebed in de context van de penitentiaire inrichting dat de verantwoordelijkheid van de inrichtingsarts voor zijn medisch-professioneel handelen kan worden overvleugeld door de verantwoordelijkheid van de inrichtingsdirecteur voor het beheer van de inrichting.

In feite is er sprake van een osmose tussen gezondheidsrechtelijke en penitentiairrechtelijke normen en beginselen. Bij deze stand van zaken is het optreden van fricties tussen deze verschillende normenstelsels verre van denkbeeldig met als gevolg dat de betrokken verantwoordelijkheden met elkaar in botsing komen.

Zo kan, zeker met de versterking van de bevoegdheden van de directeur welke in het kader van de PBW zijn beslag krijgt, de arts uit oogpunt van professionele autonomie in voor hem problematische situaties terechtkomen.¹ Natuurlijk, hij kan zijn medewerking aan het verrichten van een gedwongen medische handeling om hem moverende redenen weigeren, maar dit zal de algehele verstandhouding met de directie in een aantal gevallen niet ten goede komen. Doch ook in andere opzichten is de arts sterk gebonden aan de dwingende context van de penitentiaire inrichting.

Omgekeerd blijkt het uitermate moeilijk om een centrale penitentiaire beleidslijn, bijvoorbeeld op het terrein van methadonverstrekking waarover al vele jaren centrale gedachten zijn ontwikkeld, bij alle inrichtingsartsen ingang te doen vinden. Zij hebben allen de neiging de stem van hun eigen autonomie, ook terzake van het drugsbeleid, te volgen. Bemoeienis van incidentele directeuren plegen in dezen weinig effect te hebben. De meeste directeuren leggen zich min of meer neer bij de door de inrichtingsarts

1 Zie over deze medisch-professionele autonomie en andere beperkingen die aan het handelen van de arts inherent zijn: H.J.J. Leenen, Handboek gezondheidsrecht Deel II, derde druk 1996, p. 44 e.v. Ook J.H. Hubben, in de bundel: Gezondheidsrecht in perspectief (J.H. Hubben en H.D.C. Roscam Abbing-red.), De Tijdstroom 1993, p. 66 onderkent de beperkingen van de professionele autonomie die zijn gelegen in de professionele standaard van de arts en in de rechten van de patiënt en in andere maatschappelijke plichten.

gehanteerde gedragslijn. Zij willen zich niet mengen in het professioneel-medisch handelen en wat zij als zodanig beschouwen. Dit lijkt me tamelijk illustratief voor de verhouding tussen de directeur en arts waarvan in het algemeen sprake is.

Geconstateerd kan dan ook worden dat in de praktijk de inrichtingsdirecteuren evenzo goed beseffen dat zij in hoge mate afhankelijk zijn van de inrichtingsartsen om te kunnen voldoen aan hun wettelijke zorgplicht dat de gedetineerden goede medische zorg wordt geboden als de inrichtingsartsen zich realiseren dat zij van de directeuren afhankelijk zijn in zoverre dat deze alleen in penibele en noodsituaties hun verantwoordelijkheid in stelling zullen brengen. Kortom aan beide zijden is er een stimulans om de autonome handelwijze van de ander zoveel mogelijk te respecteren en met de eigen handelwijze in harmonie te brengen.

Ik stel voorop dat de gedetineerden bij een toestand van harmonie in het algemeen voornamelijk baat hebben. Dit neemt niet weg dat een te grote hang naar harmonie het gevaar in zich bergt dat de kritische zin met betrekking tot de zorg voor de gedetineerde in bepaalde gevallen uit het oog wordt verloren. De goede verstandhouding zal dan ook moeten inhouden dat betrokkenen van elkaar precies weten waar ze aan toe zijn, dat ze elkaars kritische blik niet alleen kunnen velen maar ook in positieve zin zullen aanwenden en dat ze de zorg voor de gedetineerden tot hun primaire aandacht rekenen.

Al met al zijn bij mijn weten grote conflicten tussen directeuren en artsen in de inrichtingen bepaald niet aan de orde van de dag. Wel heb ik enkele malen gemerkt dat een directeur in zijn hart van mening was dat de mate van aanwezigheid van de arts in de inrichting niet optimaal was – hetgeen door het rapport ‘Zorg ingesloten’ wordt bevestigd –, maar dat hij hiervan alleen zijdelings, dus op een subtiele wijze liet blijken. Aan de andere kant heb ik de indruk gekregen dat sommige artsen weinig of geen moeite hebben met de inrichtingsstructuur waarbinnen zij moeten werken en dat andere artsen daar wel moeite mee hebben doordat zij deze voortdurend als een potentiële bedreiging voor hun professionele autonomie ervaren en daartegen a priori een defensieve houding aannemen.

Dit alles werpt de vraag op of de huidige structuur, waarin het domein van gezondheidsrechtelijke normen en beginselen vermengd wordt met dat van penitentiairrechtelijke normen en beginselen wel een gelukkige is.

Denkbaar zou bijvoorbeeld zijn dat de medische verzorging van gedeti-

neerden een uitsluitend externe aangelegenheid zou worden, in die zin dat de medische dienst in alle opzichten zou functioneren als een huisartsenpraktijk in de vrije samenleving. Dat zou moeten betekenen dat een in de buurt van de inrichting wonende arts dagelijks een spreekuur houdt in een ruimte aan de buitenkant van het inrichtingsgebouw, waarmee de gedetineerde zelf bijvoorbeeld via de bewaarder van zijn vleugel of paviljoen ieder moment van de dag per mobiele telefoon rechtstreeks kan communiceren, zoals iedere burger dat met zijn huisarts kan doen. Zo kan er dan direct een afspraak worden gemaakt voor het spreekuur. Valt er geen afspraak te maken bij afwezigheid van de arts dan zal hetzelfde met de vervanger mogelijk moeten zijn. Zonodig komt de arts de gedetineerde bezoeken. De arts alsmede de hem assisterende verpleegkundigen zijn autonoom en het functioneren van de medische dienst valt niet onder de verantwoordelijkheid van de directeur.

Aan een belangrijk spanningsveld zou dan bovendien een einde komen, te weten de eigen, tuchtrechtelijk gehandhaafde aansprakelijkheid van de arts voor de wijze waarop hij zich van zijn autonoom-professionele taak kwijt en de plicht die in een aantal opzichten op hem rust om te voldoen aan de bevels- en overlegstructuur van de penitentiaire inrichting. Verschil van inzicht in bepaalde kwesties tussen directeur en arts is nu eenmaal niet uit te sluiten. Het is onwaarschijnlijk dat de tuchtrechter bereid is om deze complicatie in zijn beoordeling van tuchtzaken tegen inrichtingsartsen veel gewicht toe te kennen. Zou de arts in volledige onafhankelijkheid zijn taak als huisarts kunnen verrichten ten aanzien van de gedetineerde-patiënt dan zou hij echter een identieke verantwoordelijkheid dragen als iedere huisarts in de vrije samenleving. Aldus kan de gedetineerde niet het slachtoffer worden van eventuele verschillen in inzicht tussen directeurs en inrichtingsartsen. Een en ander zou tevens impliceren dat de inrichtingsdirecteur ten behoeve van alle beslissingen die hij (mede) wil of moet doen steunen op een medisch oordeel een beroep dient te doen op een andere arts, tenzij de inrichtingsarts er geen bezwaar tegen heeft daaraan zijn medewerking te verlenen. Ik zou me kunnen voorstellen dat sommige artsen wél bereid zijn keuringen te verrichten ten behoeve van de arbeidsgeschiktheid, maar niet hun diensten willen verlenen in het kader van de oplegging van disciplinaire sancties en/of het toedienen van dwangmedicatie. Zij zouden dit in strijd met hun vertrouwenspositie kunnen achten. Bovendien zou door een meer onafhankelijke medische zorg de privacy van de gedetineerden nog meer tegen de belangen van de inrichtingsorganisatie kunnen worden beschermd. Uit-

eindelijk bevat de wet GBO (voorzover in de detentiesituatie van toepassing) regels van dwingend recht.

Dit alles zou er op neer komen dat van inrichtingswege in verband met andere directiebeslissingen gebruik zou moeten worden gemaakt van een andere arts, bijvoorbeeld een arts van de lokale GG en GD.

Het is duidelijk dat als het gangbare gemengde (gezondheidsrechtelijke en penitentiairrechtelijke) model plaats zou maken voor een zuiver gezondheidsrechtelijk model dit een nogal 'revolutionaire' verandering van de gang van zaken zou betekenen. Over de financiële aspecten daarvan ben ik niet bij machte veel verstandigs te zeggen, maar het zou me niet verbazen als deze ongunstig zijn. Voorts zal de orde van de inrichting zich naar een dergelijk procédé moeten voegen. In de huidige situatie is het onder geen enkel beding mogelijk dat een gedetineerde via een piw-er direct naar buiten telefoneert. Het telefoneren naar de arts zou daarop een geijkte uitzondering moeten worden. En ook de begeleiding van de gedetineerde bij diens gang naar het spreekuur zou vermoedelijk vanwege de afstand tot de buitenkant van het gebouw meer tijd en menskracht in beslag nemen.

Niettemin vallen de voor- en nadelen van beide modellen tegen elkaar af te wegen en op hun, ook financiële, implicaties en consequenties nader te bezien.

**PREADVIEZEN VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT
1968-1998**

- 1968 H.J.J. Leenen: Gezondheidsrecht - een poging tot plaatsbepaling. Verder het rapport van de Commissie herziening interne rechtspraak van de KNMG. (uitverkocht)
- 1969 C.J. Goudsmit: Voordracht over problemen rond de wetgeving van geestelijk gestoorden. Daaraan werd nog een tweede vergadering gewijd. (uitverkocht)
- 1970 J.M.M. Maeijer: De aansprakelijkheid voor handelingen van een medisch team. (uitverkocht)
- 1971 W.B. van der Mijn: Wetgeving medische beroepsuitoefening. (uitverkocht)
- 1972 J.Ch. Cornelis en A.S. Frowijn: De ontwikkeling van de wetgeving op het gebied van de organisatie van de gezondheidszorg. (uitverkocht)
- 1973 B. Sluyters: Medische aansprakelijkheid in Amerika en Nederland. Op deze vergadering werd ook het rapport van de werkgroep over de juridische aspecten van de relatie ziekenfondsmedewerkers-verzekerde o.l.v. T.J.S. Postma besproken. (uitverkocht)
- 1974 M. Rood-de Boer: De positie van de minderjarige in het gezondheidsrecht. (uitverkocht)
- 1975 J. ter Heide: Dwang en drang in de medische behandeling. (uitverkocht)
- 1976 H.J.J. Leenen: Milieuhygiënerecht. (uitverkocht)
- 1977 H.P. Utermark: Medisch Tuchtrecht. (uitverkocht)
- 1978 A.E. Leuftink en N. de Jong: De rechtspositie van de keurling. (uitverkocht)
- 1979 Advies inzake registratie van medische en psychologische gegevens en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy) van de Gezondheidsraad, becommentarieerd door F. Kuitenbrouwer, L. Kortbeek en mevr. E. Dil-Stork. (uitverkocht)
- 1980 Het selectievraagstuk in de gezondheidszorg; het selecteren van patiënten bij schaarste van behandelingsmogelijkheden voorbereid door vier personen, te weten S.A. de Lange, H.E. Nicolai, P.C. Sporken en H.F. Visser-'t Hooft.
- 1981 M.N.G. Dukes: De toelating van geneesmiddelen in Nederland.
- 1982 P.J.W. de Brauw: Beschouwingen over de samenwerking in de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten.
- 1983 Dialogisch preadvies van H.A. Brasz en D.W.P. Ruiter: Het planstelsel van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.
- 1984 H.D.C. Roscam Abbing: Overheid en het recht op gezondheidszorg.
- 1985 C. Kelk: Klagen of kwijnen. De rechten van verpleeghuispatiënten en de behandeling van hun klachten. (uitverkocht)

- 1986 J.C.M. Leijten: Welzijn, vrijheid en dwang.
- 1987 J.K.M. Gevers: Juridische aspecten van erfelijkheidsonderzoek en -advies.
- 1988 J.P. Kasdorp: Grenzen aan het recht op gezondheidszorg.
- 1989 B. Sluyters en H.R.G. Feber: De gezondheidszorg en het strafrecht.
- 1990 F.C.B. van Wijmen: Driehoeksverhoudingen. Gezondheidsrechtelijke beschouwingen over vertegenwoordiging van meerderjarige onbekwamen.
- 1991 J.H. Hubben: Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg.
- 1992 Jubileum Congres 25 jaar Vereniging voor Gezondheidsrecht: J.H. Hubben en H.D.C. Roscam Abbing (red.), Gezondheidsrecht in perspectief. De Tijdstroom, Utrecht 1993.
- 1993 H.D.C. Roscam Abbing: Patiënten en gezondheidszorg in het recht van de Europese Gemeenschap.
- 1994 J. Legemaate: Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening.
- 1995 E.T.M. Olsthoorn-Heim en L. Bergkamp: Medisch wetenschappelijk onderzoek: Lichaamsmateriaal voor de wetenschap en het wetsvoorstel medische experimenten.
- 1996 E.W. Roscam Abbing en J.K.M. Gevers: Voorspellend medisch onderzoek; mogelijkheden, verwachtingen en toegang; rechtsbescherming.
- 1997 H.J.J. Leenen: Recht op zorg voor de gezondheid.
- 1998 C. Kelk: Gezondheidszorg voor gedetineerden.