

Justitiële geneeskunde, dichtbij waar het kan

Sancties 2025/57

1. Inleiding

“De zorg binnen moet gelijkwaardig zijn aan de zorg buiten.” Met deze praktische uitwerking van het equivalentiebeginsel gaat de justitieel werkend huisarts op pad om gezondheidszorg te brengen achter muren en prikkeldraad.² In deze bijdrage uit de praktijk neem ik u, na een korte schets van de context, een werkdag mee achter de tralies.

2. Context

Als justitieel huisartsen zijn we er voor de zorg bij lichamelijke klachten – somatiek – maar vaak genoeg zijn we ook medebehandelaar bij mentale problemen – psychiatrie – voor alle mensen die van staatswege zijn opgesloten, en niet in de laatste plaats bij verslavingsproblematiek. We zorgen voor een complexe populatie: 50% heeft verslavingsproblematiek, 45% heeft een indicatie voor een licht verstandelijke beperking (LVB) en bij 75% is sprake van ernstig antisociaal gedrag.³ Die diversiteit geeft kleur aan onze dag, maar laat ook zien hoe complex en intensief onze zorgtaak kan zijn. Gevangenis, Huis van Bewaring, TBS-kliniek – iedere justitiabele heeft recht op huisartsgeneeskundige zorg.⁴ We hebben de unieke positie in de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) genoemd te worden als ‘instellingsarts’, die gevraagd en ongevraagd de directie van de instelling mag adviseren.

De rol van de huisarts als instellingsarts is verder uitgewerkt in het professioneel statuut zorg van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Omdat de huisarts méér aanwezig is binnen de muren dan bijvoorbeeld een psychiater of psycholoog, wordt hij vaak regie-behandelaar: ook als het patiënt-probleem primair psychisch is. Deze regiebehandelaarsrol is niet te onderschatten: daarmee komt de verantwoordelijkheid voor multidisciplinaire afstemming van zorg, in een context waar veel verschillende zorgprofessionals rondlopen. We doen dit werk namelijk niet alleen, maar werken samen met een scala aan paramedici zoals fysiotherapeuten en tandartsen, psychologen en psychiaters van het NIFP, en niet te vergeten het verpleegkundig team. Zij zijn onze ogen, oren en handen op de werkvloer en hebben een belangrijke signaleringsfunctie. Psycholoog, psychiater, verpleegkundige en huisarts ontmoeten elkaar wekelijks in het psycho-medisch overleg (PMO) om de multidisciplinaire zorg af te stemmen.

1 T. (Tim) Peeters is huisarts-justitieel geneeskundige en staat aan het hoofd van het Medtzorg Expertisecentrum voor Zorg aan bijzondere doelgroepen. Medtzorg is de grootste zorgaanbieder voor huisartsenzorg binnen detentie; de zorgcontracten worden periodiek aanbesteed door DJI. Medtzorg levert de huisartsen en Medtzorg Expertisecentrum borgt hun deskundigheid d.m.v. richtlijnen, masterclasses en een jaarlijks congres. Contact via: redactie.sancties@gmail.com.

2 N. Roeleveld-Kuijper & H. Lohman, ‘Medische zorg in detentie: gelijkwaardig maar niet gelijk aan de vrije zorg’, *Sancties* 2014/28.

3 Infographic Gevangeniswezen 2025, Dienst Justitiële Inrichtingen mei 2025. Te downloaden via: www.dji.nl/over-dji/documenten/publicaties/2023/05/30/infographic-gevangeniswezen.

4 Zie ook: www.dji.nl/justitiabelen/onderwerpen/gezondheidszorg-aan-justitiabelen.

3. Een werkdag achter de tralies

Hoe dit in de praktijk werkt, kan ik het beste laten zien aan de hand van een aantal concrete ervaringen die mijn collega's en ik in ons werk als huisarts achter de muren hebben gehad. De namen zijn gefingeerd.

3.1 De kwetsbaarsten eerst

Als ik binnen ben – piepvrij door een poortje, alarmknop en sleutels opgehaald – loop ik als eerste langs de afdeling OBS – van 'observatie', een eufemisme voor 'isolatie'. Hier zitten mijn meest kwetsbare patiënten. Ze kunnen er als straf voor een overtreding van de regels zitten, of als maatregel – verward of boos gedrag, een directiebesluit voor orde en veiligheid van de inrichting.

Mats zit op de vloer van zijn cel, in een hoek op zijn matras. Hij heeft een groene scheurjurk aan, daar kun je jezelf niet mee verwurgen. Hij is geen kleine jongen, hij wordt verdacht van een uiterst gewelddadig delict en is in de OBS geplaatst omdat hij met een bewaarder in gevecht is gegaan. Toch tref ik hem in tranen, helemaal weggekropen in de hoek. Hij is bang, en vooral verdrietig. Emoties die hem overspoelen. Hij weet niet meer welke dag het is, en is door de isolatie-plaatsing zijn bezoeksrecht deze week kwijtgeraakt. Dat betekent: zijn kinderen niet zien. Hij mist ze ontzettend. Ik ga even naast hem zitten op het matras voor een praatje. Even menselijk contact. Zijn delict kan ik niet invoelen, maar zijn verdriet wel. Dichtbij als het kan.

Plaatsing in een isolatiecel leidt tot een gebrek aan prikkels en oriëntatie – sensorische deprivatie – waar mensen psychisch en lichamelijk op kunnen ontregelen. Als artsen raden we het altijd sterk af. Het is eigenlijk nergens een oplossing voor, en de vermoedde heilzame werking van een prikkelarme omgeving is door de wetenschap allang ontkracht. Hierbij maakt het ook niet uit of de plaatsing 'voor straf' is geïnitieerd of als beschermende maatregel.⁵ We zien verwarde mensen alleen maar verwarder worden in deze setting en ook de groep die gezond van geest is kan er behoorlijk op ontregelen.

Djalil zit in de volgende isolatiecel. Hij heeft schizofrenie en is actief psychotisch. Zijn cel is vies, hij heeft op de muren gesmeerd met ontlasting. Hij denkt dat hij de Ridder van God is en achternagezeten wordt door kwade geesten. Op de afdeling beschadigde hij zichzelf door met een scheermesje parallelle sneetjes op zijn armen en benen te maken. Hij wacht al dagen op plaatsing in een PPC (een penitentiair psychiatrisch centrum). Vanwege het snijden is hij in de isolatiecel geplaatst. Men wil niet dat hij een eind aan zijn leven maakt. Ondertussen spuugt Djalil naar mij en gooit hij met etensresten. Ik hou een veilige afstand – dichtbij waar het kan, veilig waar het moet.

Borgen en verzorgen van geestelijke gezondheid in de gevangenissetting is vaak een hele kluif voor de betrokken zorgverleners. Zorgplekken zijn schaars. De PPC's – penitentiair psychiatrische centra – hebben regelmatig een wachtlijst en in de tussentijd moet de gevangenis roeien met de riemen die er zijn. De patiënten om wie het gaat zijn dikwijls niet 'blanco' binnengekomen – ze hebben al een voorgeschiedenis van verslaving, trauma en persoonlijkheidsproblematiek en niet zelden is er een psychotische kwetsbaarheid. Deze achilleshiel en hun ervaringen met zorg buiten de muren – niet altijd goed – nemen ze mee aan het begin van hun detentie.

⁵ Inspectie voor de gezondheidszorg, *Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd*, Den Haag: IGZ, december 2009.

Zelfbeschadiging – automutilatie – geeft altijd zorg en discussie op de werkvloer. Het gedrag wordt vaak geïnterpreteerd als poging tot zelfmoord, maar is dat nadrukkelijk niet. Zelfbeschadiging is een vorm van omgaan met stress. Dit zogenoemde coping-mechanisme is hoewel ongezond voor het lijf, meestal niet gevaarlijk en zorgt dat acute stress draaglijk blijft voor de betrokkene. In gesprek met deze mensen wordt het onderliggende doel duidelijk: het is niet zo dat ze willen overlijden, alleen de spanning die ze voelen moet omhoog. De mogelijkheden om zichzelf pijn te doen afpakken door isolatiecelplaatsing is vaak contraproductief: de stress wordt alleen maar hoger terwijl het afweermechanisme wordt weggenomen. Na de isolatieplaatsing zie je dan niet zelden een toename van zelfbeschadigend gedrag.

Echte zelfmoordpogingen en geslaagde zelfmoorden komen helaas ook voor. Gedetineerden zijn hier zeker aan het begin ('wat raak ik kwijt?') en aan het eind van detentie ('wat is er nog voor mij over buiten?') kwetsbaar voor. We proberen zoveel mogelijk in gesprek te blijven met de mensen die deze gevoelens ervaren – waar komt het vandaan en wat kunnen we doen om de situatie draaglijker te maken? De isolatiecel is in elk geval géén oplossing. Weliswaar ontnemen je iemand op korte termijn de mogelijkheid om te handelen naar zijn zwarte gedachten, maar je voegt ook stress toe aan iemand die al op een breekpunt staat. Net als bij automutilatie, neemt ná isolatieplaatsing de kans op zelfmoord juist toe.⁶ Die cel heeft dus niets opgelost. Echt, gegarandeerd voorkomen van zelfmoord is lastig. Creatieve mensen weten in vrijwel elke setting, hoe beperkt ook, middelen te vinden om zichzelf iets aan te doen. Een open luisterhouding en een serieuze poging tot begrijpen van de onderliggende pijn is het beste wat je als hulpverlener kan doen.

3.2 *Het reguliere spreekuur*

Op de medische dienst is ondertussen mijn spreekuur begonnen. Ik heb een kamer die in veel opzichten lijkt op een huisartsensprekkamer buiten: onderzoeksbank, bloeddrukmeter op tafel, medische posters aan de muur – u kent het wel. Alleen de tralies voor het raam en de noodknop onder mijn bureau verraden dat dit een bijzondere spreekkamer is. Ik zie vrijwel alle gedetineerden trouwens zónder bewaker (die blijft buiten de deur) en gelukkig ook zonder boeien. Ik merk dat een open houding en 'normaal doen' vaak de meeste veiligheid geeft. Dichtbij waar het kan!

Majid heeft ontzettende jeuk. Zijn armen, benen en romp zitten onder de kleine, jeukende plekjes. Die jeuk is zo erg dat hij er niet van slaapt, hij krabt zijn huid volledig open. Op zijn handen zie ik kleine gangetjes die de aanwezigheid van de schurftmijt verraden. Hij is niet de eerste deze week, drie andere mannen van dezelfde afdeling gingen hem al voor. Ik sla aan het puzzelen – waar komen deze mensen elkaar tegen en wie kan er nog meer besmet zijn? Na goed doorvragen blijkt dat alle patiënten moslim zijn en gezamenlijk bidden. Ze delen hierbij een gebedskleed omdat niet iedereen een eigen tot zijn beschikking heeft. De schurftmijt leeft blijkbaar in dit kleed en vanuit daar vindt de besmetting plaats. Ik schrijf Majid anti-parasitaire medicatie voor en iets tegen de jeuk. Al zijn kleding en ook het gebedskleed, moeten 72 uur in een afgesloten plastic zak om het veroorzakende beestje te doden. Ik geef uitgebreid voorlichting: de jeuk zal helaas nog weken voortduren en tot die tijd kunnen we alleen maar dempen. Ik leg hem uit dat het niet aan zijn persoonlijke hygiëne ligt, maar aan de pech dat hij met veel andere mensen een kleine ruimte moet delen. Andere gedetineerden uit dezelfde risicogroep die samen bidden, roepen we op voor controle en preventieve medicatie. Bewaarders stellen we gerust: je hebt langer durend, direct contact nodig met een patiënt of een besmet kledingstuk om zelf risico te lopen. Een vluchtige hand in het voorbijgaan levert gelukkig weinig risico op.

⁶ W. Duijst e.a., *Suicide in detentie & EVRM*. Apeldoorn/Antwerpen: Maklu, 2012.

Publieke gezondheid – niet alleen de zorg voor individuele patiënten maar ook voor medege-detineerden – is ook een belangrijke taak voor de justitieel huisarts. Besmettelijke ziekten komen vaak voor in de context van veel mensen die dicht op elkaar leven, en soms ook nog op straat geleefd hebben voordat ze in detentie kwamen. Schurft – scabiës – is een veelvoorkomende pestkop. Maar ook bacteriële huidinfecties zoals haarzakjes-ontsteking en wondroos zien we vaak. Tuberculose zien we gelukkig minder vaak, maar we houden er vanwege de potentieel ernstige gevolgen en langdurige behandeling wel rekening mee – zeker in de groep gedetineerden die lang op straat leefde of uit landen afkomstig is waar tuberculose veel voorkomt.⁷ In de jaren waarin Covid-19 een probleem was hielden de justitieel artsen alle zeilen bij om onderlinge besmettingen te voorkomen en zieken zo mogelijk in afzondering te behandelen. Zo is onze artsenrol dus breder dan de zorg voor de individuele patiënt, die in de zorg buiten de hoofdrol speelt. De gezondheid en veiligheid van medege-detineerden zit ook in het takenpakket en daarmee dokteren we veel breder dan we buiten de muren zouden doen.

3.3 *Spoed*

De piepers geven een alarmerende toon af en de portofoon van de verpleegkundige met wie ik samenwerk begint te kraken: “medische dienst, spoed, 3^e etage, medische dienst spoed”. Met een rode rugzak vol medische hulpmiddelen beginnen we te rennen. Er is een zogenaamde transportstop – niemand anders mag zich verplaatsen, zodat wij snel bij de patiënt kunnen komen. Desondanks vraagt dat tijd. De deuren gaan om en om met onze personeelspas en op afstand bediend door de bewaking open. Fantastisch om ontsnappingen te voorkomen, maar wel vertragend op weg naar een zieke.

Karl zit in zijn cel, op het onderbed van een hoogslaper. Hij grijpt naar zijn borst en kreunt. “Alsof er een vrachtwagen op staat dokter”. Hij ziet bleek en zweetdruppels lopen langs zijn nek en voorhoofd. Ik vermoed een hartaanval en laat een ambulance alarmeren. Ondertussen probeer ik in de kleine werkruimte van een cel, geknield voor het bed, te doen wat ik kan. Zuurstofmasker op, spray met medicatie onder de tong. Ik prik een infuusnaald en geef wat pijnstilling. In nood lijkt het altijd eeuwen te duren voordat de ambulance er is, maar hier is dat ook wel reëel. Goed getrainde bewaarders houden een aantal deuren open zodat ze sneller door kunnen lopen, maar desondanks duurt het lang. Tot die tijd moeten de verpleegkundige en ik het zélf redden met onze patiënt.

Mocht die hartaanval onverhoopt verkeerd aflopen dan doet zich weer een heel ander vraagstuk voor. Doodgaan in de gevangenis is eigenlijk ‘not done’. Vanuit een combinatie van EVRM artikel 2, goede bedoelingen en politieke belangen ligt de nadruk op ‘leven’. Gelukkig mag een gedetineerde (mits wilsbekwaam geacht) inmiddels reanimatie weigeren. Die moet dat met zijn arts goed vastleggen en een penning zichtbaar dragen. Er is wel een uitzondering: zelfmoord. Dan wordt men gereanimeerd, verklaring of niet, tegen de zin in. Dat is duidelijk zo’n knelpunt waar ‘zorg binnen’ en ‘zorg buiten’ nog van elkaar verschillen. Anders wordt het natuurlijk als iemand geen idee heeft van wat hij doet – wilsonbekwaamheid. Denk hierbij bijvoorbeeld aan psychose of dementie (gedetineerden worden steeds ouder!) waarbij betrokkene niet kan overzien wat zijn weigering voor consequenties heeft.

De porto's kraken opnieuw. Markov, een asielzoeker met een psychose die wacht op een PPC-verpleegplek, is ernstig gewond. In zijn verwarring heeft hij met een meegesmokkelde vork zelf geprobeerd

7 A. van Dam & C. Erkens, ‘Besmettelijke ziekten, de internationale kant van gezondheidszorg in detentie’, *Sancties* 2014/33.

zijn blindedarm te verwijderen. Hij heeft een fors bloedende wond aan zijn rechteronderbuik die zo diep gaat dat ik zijn darmen kan zien. De locatie is anatomisch goed gekozen...dat dan weer wel. Hij roept "nee, nee" als we hem willen helpen en duwt de verpleegkundige weg. Wij zijn duivels die hem van de genezing afhouden, wegwezen! We negeren zijn afweer en gaan druk op de wond uitoefenen, ambulances alarmeren en zorgen dat meneer in het ziekenhuis terechtkomt. Tegen zijn zin – dichtbij omdat het moet.

Medische behandeling tegen iemands zin – hoe verantwoorden we dat? In elke medische spoedsituatie waar het een wilsonbekwame patiënt betreft, kunnen we ons beroepen op de noodtoestand zoals genoemd in de Wgbo. Er was acuut ernstig gevaar voor het leven, betrokkene overzag het niet, ik kon als arts niet anders dan handelen. Binnen de muren van de gevangenis hebben we nog een andere mogelijkheid: een artikel-32 Pbw beschikking. De directeur 'beveelt' hierbij de justitiabele om desnoods onder dwang een medische handeling te ondergaan. Wilsbekwaamheid speelt hierbij geen rol. Een wetsartikel dat ons als artsen méér macht geeft dan we buiten de muren hebben. In de gewone wereld, dienen we conform de Wgbo toestemming te hebben om te behandelen – hier binnen kunnen we het afdwingen. De belangrijke nuance bij dit wetsartikel is dat de arts de indicatie voor dwang stelt (dat wil zeggen: "er is een noodsituatie") en de directeur vervolgens de dwang laat uitoefenen. De misvatting leeft soms dat het initiatief ook bij de directeur kan liggen, maar dat is pertinent onjuist: de arts indiceert, de directeur dwingt. Die macht moeten we balanceren met goede overwegingen t.a.v. proportionaliteit en subsidiariteit van het toegepaste dwangmiddel. Kon het écht niet anders? Een goede samenwerking tussen directie en instellingsarts is hierbij onontbeerlijk. Je maakt liefst samen de afweging dat dwang de enige uitweg is uit de noodsituatie en dat er geen lichter middel beschikbaar is, en trekt dan als team samen op om de noodsituatie tot een goed eind te brengen voor de gedetineerde.

4. Dichtbij

Niet elke werkdag van een justitieel werkend huisarts is gevuld met al dit soort incidenten, maar alle aspecten van de zorg die ik heb geschetst – kwetsbaarheid in verschillende vormen, besmettelijke ziekten, spanningen tussen wat vanuit veiligheidsperspectief nodig is en wat goede zorg vraagt, scherpe scheiding van bevoegdheden – komen bijna dagelijks aan de orde. Zorg aan gedetineerden is daarmee intens. Dichtbij de gedetineerde, dichtbij jezelf.