

Fragmenten uit de getuigenis van dr. Verbrugghe Brecht

Inleiding

Ik werk sinds 3 jaar binnen de Brusselse gevangenissen, eerst 1 jaar in de Annexe van St Gillis en nu 2 jaar in de gevangenis van Haren. Voordien nam ik gedurende 5 jaar de somatische zorg op in een psychiatrisch ziekenhuis met verschillende forensische afdelingen. De jarenlange opsluiting in de gevangenis resulteerde voor de patiënten vaak in een slechte fysieke en mentale gezondheid bij opname in de psychiatrische forensische zorgcircuits. Aan de oorsprong hiervan ligt de detentie (tot 22 à 23 u op cel) en de detentieomstandigheden in al zijn aspecten, inclusief de kwaliteit van de geleverde zorg binnen het gevangeniswezen. Na jaren stilstand kon de oppuntstelling en de zorg aanvangen.

De resultaten van bloedafnames bij opname waren vaak reeds illustratief voor de zorgkwaliteit: actieve Hep C infecties, reeksen onbehandelde diabetes mellitus type 2 patiënten bij jarenlang antipsychotica inname zonder opvolging, complicaties van chronische aandoeningen, polyfarmacie enz.... Een medisch dossier werd zelden meegegeven en als het al meegegeven werd, stond er weinig relevante informatie in. Allerhande afspraken dienden georganiseerd te worden: tandarts, medisch specialisten... één grote 'inhaalbeweging' waarbij we als team, de opgelopen schade probeerden te minimaliseren. Analoog hiermee dienden patiënten eerst 'voortrajecten' te doorlopen om het 'in de gevangenis aangeleerde gedrag te corrigeren', het herstel van 'het netwerk' rond de patiënt werd aangevat, etc.... Hoeft het te verbazen dat een lange tijd in detentie bijdraagt tot langere vervolotrajecten binnen de forensische zorg?

Zo kon een bezoek aan de neuroloog en de medische beeldvorming, gevolgd door een multidisciplinair overleg leiden tot een snelle heroriëntering en dit wierp dan weer een heel ander licht op de interneringsfeiten gezien er bij deze patiënt sprak was van fronto-temporale dementie... De 'afgevlakte psychotische' man bleek al maandenlang katatoon te zijn en na een juiste diagnose en behandeling te herleven. Een wetenschappelijke multidisciplinaire aanpak op basis van o.a. Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (SEO) leidde dan soms tot een stopzetting van de hoge dosissen dempende medicatie bij 'patiënten met een beperking en gedragsproblemen'. Deze mensen kwamen in de gevangenis voortdurend in de strafcel, vindplaats voor psychisch kwetsbare personen, ja zo zijn er veel in de gevangenis en zeker niet altijd binnen een interneringsstatuut. (1)

Kortom ze werden terug mensen/patiënten met een complexe psychiatrische en somatische problematiek. Het is een bevolkingsgroep die gemiddeld 15 jaar minder lang leeft dan de gemiddelde populatie en die dus veel medische zorg nodig heeft. Hoe was het mogelijk dat de opvolging van deze patiënten schijnbaar zo moeilijk verliep binnen de gevangensismuren? Toen ik begon te werken als gevangenisarts werden sommige problemen en moeilijkheden snel duidelijk. We kaarten de problemen aan met de hoofdarts, de lokale directie, met DG EPI (verantwoordelijk voor de organisatie van de gezondheidszorg binnen de gevangenissen) en met de lokale en nationale Commissies van toezicht (CTRG).

Geschokt door de lage kwaliteit van zorg schreven we met verschillende collega's uit andere Vlaamse gevangenissen een 'open-brief' gericht aan de minister; (2) We illustreerden de

situatie a.d.h.v. concrete en persoonlijke getuigenissen van artsen en verpleegkundigen vanuit de verschillende gevangenissen. Zowel DG EPI als de ministeries van Volksgezondheid en Justitie hebben deze getuigenissen ontvangen. De situatie in de verschillende gevangenissen is uiteraard niet identiek, maar wel zeer vergelijkbaar. Deze interventies bleken weinig tot niks te veranderen op het terrein. Zoals bij het voortdurend stakende veiligheidspersoneel, heerst ook bij het gezondheidspersoneel een gevoel van defaitisme.

De opdracht van de gevangenisarts is niet gedefinieerd, niet doordacht, niet omkaderd en niet geïntegreerd binnen een multidisciplinair team. De opdracht lijkt te bestaan uit 'het zien van de 'inkomers/entrants' binnen de eerste 24u, het afwerken van de lijst 'rapportbriefjes' en het ritueel bezoeken van de strafcel. Gewoon 'uitvoeren' dus. Het denken gebeurt hogerop. Anderzijds kan je als arts ook heel weinig zinvol uitvoeren zonder dat dit problemen oplevert: niet zelden werden consultaties uitgevoerd door het winket in St Gillis. Discussies met collega's deden mij begrijpen dat dit 'probleem' zich niet enkel stelde in mijn lokale werkcontext. Ik kon dit niet begrijpen. Nu, na enkele jaren in de gevangenis, begrijp ik hoe de context je sneller doet afglijden dan je voor mogelijk hield.

Tegelijkertijd is er een enorme zorgnood. Voor de (nog) gemotiveerde arts is er een intrinsiek hoge werkdruk (aantal en intensiteit van de consultaties, ethische problemen, enz.) gecombineerd met een problematische arbeidsorganisatie en onaangepaste arbeidsomstandigheden. De arts beschikt over weinig autonomie en controle over zijn werk. Dit moet wel leiden tot problemen.

De penitentiaire gezondheidszorg binnen de 38 gevangenissen wordt centraal aangestuurd door DG EPI van het departement Justitie. In de meeste Europese landen valt dit onder het departement Volksgezondheid en ook in België 'leeft' deze discussie reeds 20 jaar...Is een handjevol ambtenaren van een Justitie departement uitgerust om de organisatie van de zorg voor duizenden gedetineerden verspreid over 38 lokale gevangenissen te organiseren? Garandeert de inbedding van het (para-) medisch personeel voldoende garanties om zijn zorgopdracht onafhankelijk uit te kunnen oefenen?

De gevangenispopulatie vormt immers een moeilijke, uitdagende en ook een diverse populatie (3). De zorgnoden zijn complex en dit zowel op psychisch-, verslavings-, somatisch-, sociaal- als cultureel vlak. Hoewel velen binnen de organisatie hun best doen in moeilijke omstandigheden, is het een publiek geheim dat de nodige expertise en de personeelsbezetting zowel bij de aansturing als op het terrein niet afdoende is. (4) Bovendien komt veel expertise van buiten de instelling, de zogenaamde externe diensten. Door staking, strikte beweging, een gebrek aan coördinatie, logistieke moeilijkheden en allerlei veiligheidsmaatregelen is een efficiënte aanwending van deze expertise niet vanzelfsprekend. Recentelijk werd een barometer geïntroduceerd die in real-time de moeilijkheden in de dagdagelijkse werking grafisch weergeeft. (5) Een ander voorbeeld hiervan is de aangekondigde sluiting van St Gillis die zich niet heeft gerealiseerd. Ondertussen hadden verschillende externe diensten met een zorgopdracht (zoals de verslavingszorg) reeds hun middelen geconcentreerd op Haren met alle gevolgen van dien voor de opvolging van de gevangenen in St Gillis...Ook de samenwerking tussen de externe diensten en de medische dienst is vaak moeilijk.

DG EPI beschikt over 3 referentieartsen, 2 voor de somatische zorg en 1 voor de psychiatrische zorg. De artsen hebben een lange status van dienst binnen het gevangeniswezen en staan boven de hoofdartsen binnen de individuele gevangenissen. Er zijn dus hoofdartsen maar geen lokale Medische Raden om toe te zien op de deontologie of om de belangen en de deontologie van de gevangenisarts te behartigen en te vrijwaren. De functie van hoofdarts en zijn relatie met de gevangenisarts is ook niet omschreven zoals in bijvoorbeeld de ziekenhuiswetgeving, maar er is wel degelijk een sprake van een hiërarchische lijn. Theoretisch bestaat er een nationale penitentiaire gezondheidsraad, maar die is om ongekende redenen, al jaren niet meer in gebruik. Op lokaal niveau zijn er weinig medische vergaderingen o.a. omdat de artsen vaak deeltijds werken en dus niet dezelfde werktijden delen. Sommige artsen komen 4 u per week, andere combineren opdrachten in meerdere gevangenissen. Bovendien beperkt de inhoud van de vergaderingen zich vaak tot operationele onderwerpen. Er is geen representatie van het beroep gevangenisarts binnen de medische beroepsgroep. Er is geen onafhankelijke kwaliteitscontrole op de geleverde zorg. Er worden zo goed als geen (kwaliteit)indicatoren bijgehouden, er zijn geen bijscholingen, casusbesprekingen,...wat overblijft is een bepaalde 'cultuur', die een collega eens omschreef als 'folkloristisch'.

In deze context is het logisch dat er veel deontologische problemen opduiken die lokaal en binnen de organisatie onopgelost blijven. Het International Committee of the Red Cross (ICRC) bracht jaarlijks een bezoek aan de gevangenis en gaf feedback aan DG EPI maar deze informatie stroomt nooit door naar individuele artsen. Het ICRC had ook een jaarlijkse studiedag, met een focus op de deontologie van de gevangenis arts bij het bezoek aan de gedetineerde in afzondering. Jammer genoeg heeft het ICRC deze activiteiten sinds kort stopgezet, de opkomst bij de gevangenisartsen was bijzonder laag. De lokale commissies van toezicht hebben vaak een arts in hun team, maar dit is een onbezoldigde opdracht met een beperkte tijdsbesteding. Gezien de vele tekortkomingen binnen de organisatie en de kwaliteit van de medische dienst in Haren, was de vorige arts verbonden aan de lokale toezicht commissie van plan te ijveren voor een audit van de medische dienst. Enkele maanden later was hij weg, de audit vond natuurlijk nooit plaats.

We schetsen per definitie een onvolledig waarbij u er gerust van kunt uitgaan dat er in de dagdagelijkse realiteit nog veel meer misloopt. Ik voel mij verplicht mijn vaststellingen te delen met externen, gezien ik te weinig vertrouwen heb in de hiërarchische lijn. Dit vertrouwen werd op verschillende momenten ernstig geschaad doorheen de 3 jaren die ik voor justitie werk. Bovendien is de DG EPI op de hoogte of zou ze op de hoogte moeten zijn van deze problemen en onderneemt deze m.i. geen of weinig actie.

Ik schrijf vanuit mijn persoonlijke ervaring als huisarts in de Brusselse gevangenissen. Gesprekken met collega's in andere Belgische gevangenissen bevestigen evenwel deze algemene tendensen binnen de penitentiaire gezondheidszorg. Deze collega's hebben mij ook aangemoedigd om de situatie onder de aandacht te brengen, om tot meer duurzame oplossingen te komen van een aantal aanslepende deontologische problemen. Oplossingen die de gezondheid van de gedetineerde ten goede zouden komen en zo ook van de algemene bevolking. Maar ook oplossingen die ten goede komen aan de kwaliteit van de arbeid van de gevangenisarts. Oplossingen die het mogelijk maken te werken a.d.h.v. een rigoureuze medische ethiek, zonder zich de hele tijd zorgen te moeten maken over de medische en juridische aansprakelijkheid van situaties en omstandigheden waarover men geen controle heeft.

1. Hepatitis C: Het Hep C protocol van DG epi maakt een selectie op basis van de verblijfsduur in de gevangenis om uit te maken wie gescreend en behandeld mag worden. Dit is (al jaren) tegen de aanbevelingen van de experts en toont dat het deze public health opdracht niet tot een goed eind kan brengen met negatieve gezondheidseffecten voor de hele maatschappij. Het 'niet-wetenschappelijke' protocol is evenwel niet het enige probleem in de aanpak van Hep C binnen de gevangenis en is ook illustratief voor de kwaliteit van zorg binnen de muren. Een korte tijdslijn van 'de richtlijnen' omtrent Hep C in de Brusselse gevangenissen illustreren dit:

Tot 2023 was er nog een hepatologe actief in de Brusselse gevangenis. Ze stond in voor de opvolging en behandeling van de (chronische) Hep C patiënt. Eén van de wetenschappelijke kritieken, bestond eruit dat er een algemene screening diende te gebeuren. Na maandenlang ijveren voor een rigoureuze en wetenschappelijk screeningsbeleid, besloot ze deze opdracht stop te zetten gezien de tegenwerking vanuit het gevangeniswezen te groot was. (6)

De opdracht voor de gevangenisarts in 2023 was 'om enkel een screening uit te voeren, bij wat wij als individuele gevangenisartsen hoog risicopatiënten beschouwden'. Dit omdat er onvoldoende (para) medische capaciteit zou geweest zijn om de aanvragen te verwerken. Waarschijnlijk was er ook toen al een achterliggende financiële redenering: hoe minder screening, hoe minder positieve hep C en hoe minder behandelingen er dienden gefinancierd te worden. Dit werd uiteraard nooit in een protocol gegoten, noch op mail gezet. De screening gebeurde in elk geval niet systematisch. Dit 'non-beleid' zet natuurlijk ook de hele WHO-doelstelling om hepatitis C tegen 2030 uit te roeien, op de helling. Een mooi voorbeeld hoe de kwaliteit van de zorg binnen de gevangenis ook de gezondheidsdoelstellingen buiten de gevangenis beïnvloedt.

Deze situatie duurde tot in 2024. Toen werd er mede onder druk van FOD Volksgezondheid gedurende een beperkte periode begonnen met een gegeneraliseerde screening (behalve bij de personen in voorhechtenis, in Haren bedraagt dit +/- 60% van de populatie). Toch werd er bij een positief resultaat niet altijd een behandeling opgestart, gezien er onvoldoende budget beschikbaar was. Sommige van deze patiënten werden dan vervolgens vrijgelaten, zonder verder advies of opvolging. Bij de personen in voorhechtenis die dan toch gescreend werden (op basis van een individuele beslissing van een arts), werd de behandeling bijna nooit opgestart omwille van 2 redenen. De eerste reden was zagezegd een louter praktische reden: de gedetineerde diende gedurende minstens 3 maanden in hechtenis te blijven vooraleer er een behandeling opgestart kon worden zoniet kon de behandeling niet voltooid worden binnen de detentieperiode. Door dit criterium werden verschillende van door mij gescreende patiënten nooit behandeld omdat men nooit wist hoelang ze nog in hechtenis gingen blijven (wat inherent is aan het statuut van de voorhechtenis). Ouroboros! Eén patiënt werd in 3 verschillende gevangenissen gescreend en 3 maal werd een PCR gedaan, met een actief replicerende Hep C. Er werd geen enkele maal een behandeling ingesteld omdat het nooit duidelijk was of hij langer dan 3 maanden zou blijven... ondertussen verbleef hij langer dan een jaar in een voorhechtenis... Na de derde screening diende een hepatocellulair carcinoom uitgesloten te worden, gezien er een letsel op de lever werd vastgesteld.

Het is ook niet duidelijk wat er met de lijst van positieve Hep C patiënten, opgesteld door de lokale Hep C coördinator, wordt gedaan. Bij het consulteren van een patiënt voor een andere reden, 'struikel' ik dan bijvoorbeeld over een positieve Hep C zonder dat dit zelfs in het dossier vermeld staat. De 2^{de} reden die later opdook en dan ook als dusdanig benoemd werd, was een louter budgettaire reden. De enveloppe was namelijk leeg. Dezelfde situatie deed zich ook voor in de gevangenis van Gent. Er werd dus geen gegeneraliseerde screening georganiseerd. Wel werden bij honderden patiënten ad hoc screenings afgenomen zonder strikte opvolging en behandeling.

De individuele huisarts mocht het uitleggen aan zijn patiënt en verantwoorden t.a.v. zijn persoonlijke deontologie. Deze praktijken komen ook niet ten goede van het gezondheidsbudget van onze overheid. Ook vanuit een 'public health' perspectief is dit problematisch. Dit werd aangekaart op de medische vergaderingen (1 vergadering om de 6 maanden), zonder enig gevolg, noch communicatie. Tot op heden is er nog altijd geen duidelijk protocol (dat toegepast en opgevolgd wordt). Patiënten vragen terecht wanneer, waar en hoe een behandeling gaat opgestart worden. Als arts kunnen we daar zelfs geen antwoord op geven. Meerdere artsen in andere gevangenissen waren zelfs niet op de hoogte gesteld dat er een Hep C beleid was. Actueel zou dan iedereen die een identificatienummer sociale zekerheid heeft, behandeld worden. Het protocol zou herschreven worden n.a.v. het advies van de Orde. Tot op heden wordt dit advies niet in de praktijk omgezet.

Deze situaties zijn deontologisch onaanvaardbaar maar zijn ook illustratief voor een veel dieper probleem qua visie, organisatie en het gebrek aan onafhankelijkheid van een medisch beleid. Het veroorzaakt demotivatie en een verlies van vertrouwen in de hiërarchische lijn. Demotivatie kan bijdragen tot het grote verloop zeker bij het initieel gemotiveerd personeel en houdt ook risico's in voor de kwaliteit van het geleverde werk. Dit is in het bijzonder problematisch in de actuele situatie waarbij er een algemeen tekort is aan gezondheidspersoneel en er reeds sprake is van een lage kwaliteit van gezondheidszorg (7). Die lage kwaliteit van zorg zou ook een van de belangrijkste redenen zijn waarom FOD Volksgezondheid de bevoegdheid voor de penitentiaire gezondheidszorg niet wil overnemen van Justitie gezien ze geen aanvaardbare kwaliteit zou kunnen garanderen binnen de huidige context. Begrijpelijk maar geen oplossing.

2. Transmurale zorg. De organisatie van de transmurale zorg is problematisch met name bij chronische en ernstige medische problemen. Belangrijke raadplegingen en consultaties worden uitgesteld omwille van structurele tekorten bij ondersteunend personeel. Het (para)medisch personeel wordt onder druk gezet om het aantal verwijzingen te minimaliseren. De wachttijden en het al dan niet plaatsvinden van een consult, een technisch onderzoek of een hospitalisatie worden (mede) bepaald en vertraagd of geannuleerd door:

Problemen bij de DAB, de dienst die politionele bijstand levert bij extracties naar het ziekenhuis, leiden tot uitstel van afspraken. Er worden maar een aantal extracties per dag aangeboden. Dit zorgt voor een 'bottle neck'. Niet zelden worden er ook 'last minute' onderzoeken afgezegd omwille van tekorten of annulaties bij de DAB. Niet zelden betreft dit patiënten met ernstige ziektes of oppuntstellingen voor belangrijke medische problemen zoals kanker. Deze annulaties en het eventueel opnieuw inplannen van de onderzoeken,

soms maanden later, wordt ook niet meegedeeld aan de verwijzer. De wachttijd voor een onderzoek wordt dus niet enkel bepaald door de klinische inschatting maar ook door de capaciteit en werking van de DAB. Dit heeft soms dramatische medische gevolgen. Het medisch secretariaat heeft dit in het verleden al meermaals aangegeven, maar ook hier volgt vaak geen (geschreven) antwoord van de verantwoordelijken. De capaciteit van de medische transporten werd bv. vorig jaar tijdelijk plotsklaps gehalveerd, naar aanleiding van een maatregel van de DAB.

Gezien er te weinig capaciteit is om de aanvragen voor verwijzingen te verwerken, gebeurt er soms ook een selectie na de verwijzing van de arts op basis van niet nader gespecificeerde criteria, zonder advies (a priori /a posteriori) in te winnen bij de voorschrijvende arts. Het is dus onduidelijk op basis van welke criteria er dan een bepaalde graad van urgentie wordt toegekend. Dit zorgt ervoor dat bepaalde onderzoeken voor onbepaalde tijd uitgesteld worden. De patiënt wordt hierover niet op de hoogte gesteld.

Lokaal was er sprake van een chronisch gekend tekort van personeel dat effectief werkzaam is binnen het medisch secretariaat. Dit was opnieuw een reden voor het laattijdig inboeken van afspraken. Dit tekort zorgt er ook voor dat medische dossiers (van ziekenhuizen) niet of laattijdig opgevraagd worden. Na geschreven toestemming van de patiënt, die dan opnieuw op consultatie dient te komen, dienen deze dossiers opgevraagd te worden aan het ziekenhuis. Het EMD heeft immers geen toegang tot de HUB's. (op het moment van schrijven werd de overgang naar een nieuw EMD opnieuw uitgesteld) Vervolgens worden de verslagen via mail/post/usb stick verstuurd. Ongeveer een week later mogen we dan het dossier ontvangen. Uiteraard heeft dit een negatief effect op de geleverde zorg en de efficiëntie.

Ook de veelvuldige stakingen binnen de gevangenis dragen bij tot het afzeggen en uitstel van afspraken. Dit compromitteert niet enkel de extracties maar ook de zorg binnen de instelling, waarbij de toegang tot de aanwezige zorg tot de urgenties beperkt wordt. Verschillende artsen komen dan ook niet naar de gevangenis. Andere artsen dienen dan na de eeuwigdurende onderhandelingen met het personeel om toegang te hebben tot de patiënt, toch vaak consultaties doen, doorheen het luikje van de cel, hetgeen o.a. grote problemen oplevert met de kwaliteit, de confidentialiteit en de aansprakelijkheid. Ook op 'niet stakingsdagen' wordt de 'normale werking' geregeld verstoord door een soort 'minimale dienstverlening' op momenten dat er te weinig bewakingspersoneel aanwezig is in de instelling. Er is immers enorm veel ziekteverzuim, net als de veelvuldige stakingen, een uiting van de organisationele malaise. Dit laat zich voelen op de medische dienst als een algemene vertraging van de doorstroom van patiënten of de onmogelijkheid om bepaalde patiënten in een aangepaste context te onderzoeken.

Het medisch personeel wordt onder druk gezet om het aantal verwijzingen extra-muros te minimaliseren: de coördinerend arts regio Noord stuurde een mail naar alle (Nederlandstalige en tweetalige) diensten om de 'extracties' naar het ziekenhuis te problematiseren, hetgeen uiteraard een ontradende effect beoogt. De andere verantwoordelijken van DG EPI stonden in cc in deze mail en waren dus op de hoogte. Tot op het moment dat dit in de pers kwam (8), heeft niemand van de hiërarchische lijn hierop gereageerd. In de pers heeft de woordvoerder van het gevangeniswezen gereageerd dat dit geen officieel standpunt was, maar deze communicatie werd echter niet rechtgezet naar de medische diensten toe... Hieruit zou men kunnen afleiden dat dit alsnog het interne

standpunt is. Zeker ook voor verpleegkundigen (geen vrij beroep en meer geïntegreerd in de hiërarchische lijn) kan dit afradend werken om mensen tijdig te verwijzen. Er zijn immers veel momenten waarop er geen arts binnen de instelling aanwezig is en waarbij de verpleegkundigen bepaalde afwegingen zelf dienen te maken.

Er is heden al bijna 3 jaar geen werkzaam CMC (Centre Medico Chirurgicale) in de Brusselse ziekenhuizen, een polikliniek voor specialistische consulten, inclusief een aantal ziekenhuisbedden. Het CMC is gebouwd, de ruimtes en apparatuur zijn betaald en geïnstalleerd maar behoudens een orthopedist, neuroloog, een maandelijkse chirurg, een tandarts en een radioloog, zijn er geen andere medisch specialisten. Het is ook de vraag of het plaatsen van ziekenhuisbedden in een gevangenis een goed idee is, aangezien de benodigde expertise en supervisie vaak ontbreken. (9) Patiënten die extra zorg of monitoring nodig hebben komen dus ofwel terecht in een ziekenhuis ofwel wordt deze extra zorg of monitoring intern onvolledig of inadequaats aangeboden.

De vertragingen en de oorzaken hiervan zijn gekend bij de CTRG, die dit reeds verschillende keren besproken hebben met DG EPI. De artsen van de medische dienst werden nooit geïnformeerd over de inhoud van deze overleggen, noch van enige actie hieromtrent. Op het terrein is er alvast geen verbetering merkbaar.

Wanneer een arts patiënten verwijst en deze verwijzing wordt uitgesteld, waarbij de verwijzer ook nog eens moet controleren of het onderzoek wel heeft plaatsgevonden en of de resultaten (op papier) reeds zijn toegekomen, dan is dit uiteraard nefast voor de medische kwaliteit en de motivatie. Dit leidt ook onvermijdelijk tot meer gemiste of laattijdige informatie en fouten. Zou men kunnen stellen dat dit zorgt voor minder verwijzingen? Het bespaart alvast een hoop kopzorgen. Dit in analogie met de hepatitis C screening waarbij er geen actie gekoppeld wordt aan een screeningsonderzoek... Het lijkt alsof het er eigenlijk allemaal weinig toe doet.

Aan een collega legde ik de situatie waarin ik me als gevangenisarts bevond uit aan de hand van de volgende metafoor: de arts wordt voortdurend op een steile deontologische helling geplaatst waarbij hij voortdurend op z'n hoede moet zijn om niet te struikelen en een fout te maken. Onvermijdelijk gaat hij dan natuurlijk eens struikelen en merkt dan dat alles ook gewoon doorgaat. Zo kan hij eens nalaten om actief na te gaan of die verwijzing al dan niet binnen een redelijke termijn plaatsvindt, of hij bekijkt enkel de labo resultaten zonder de patiënt in te lichten over het resultaat wegens tijdsgebrek. Hij schrijft een afbouw schema benzodiazepines voor zonder de patiënt in te lichten want na 20 moeilijke consultaties is het geduld op,... Hij laat de teugels vieren en dan kan het snel gaan, tenzij men de handdoek in de ring gooit natuurlijk, wat veel artsen na enkele jaren ook doen. Na een tijdje 'ziet hij de inkomers', 'ziet hij een aantal rapportbriefjes' en 'brengt hij een ritueel bezoek aan de strafcel', nog wat jaren later... Kortom, na enige tijd zorgt dit bijna onvermijdelijk voor een significante verschuiving van het normen -en waarden kader en de bijhorende zorgkwaliteit. Bovendien heeft dit alles een negatieve impact op de behandelrelatie met de patiënt. Dit leidt dan weer tot klachten van de patiënt bij de CTRG of via de advocaat of een geval van agressie. Hetgeen op zijn beurt weer een negatieve impact heeft op de behandelrelatie en na verloop van tijd kan resulteren in een veranderende basishouding, ingesteldheid en deontologie in de consultatie.

3. Deontologische problemen bij de medische evaluatie van verschillende vrijheid beperkende maatregelen. De evaluatie van de medische geschiktheid om in een vrijheid beperkend regime te verblijven en het plaatsen van patiënten in medische isolatie zou een taak zijn van de huisarts/gevangenisarts. Deze procedures worden nergens omschreven. Gedetineerden die een Mantouxtest weigeren worden gedurende 1 maand geïsoleerd, ondanks het feit dat er andere screeningsmiddelen (RX) voorhanden zijn.

Bij opname in de gevangenis wordt een Mantoux-test aangeboden om tuberculose op te sporen. Degenen die de test weigerden werden een maand in isolatie geplaatst (men kan zich afvragen of de medische staf bepaalde gewoontes heeft overgenomen die specifiek zijn voor gevangenis). Afhankelijk van het resultaat van de test moet er een röntgenfoto worden gemaakt. In 2024 was het RX toestel, dat zich binnen de gevangenis bevond, gedurende meer dan 4 maanden niet in werking omdat het niet gekeurd was. Wij, als gevangenisartsen, werden daarvan niet op de hoogte gebracht. We kwamen er zelf achter na enkele maanden. Er werden wel Mantouxtesten uitgevoerd (onder ons toezicht en dus ook op ons voorschrift) maar er werd geen gevolg gegeven aan de testuitslag. Er werden dus opnieuw (zoals bij Hep C) willekeurig diagnostische testen afgenomen. Daarenboven werd een in verschillende gevangenis gangbare praktijk verdergezet om mensen die weigeren een Mantoux te zetten, een maand in medisch isolement te plaatsen. Staat de gevangenis arts genoeg stil bij de negatieve psychologische effecten van de isolatie?

Dus hoewel er geen gevolg (RX of andere opvolging) werd verbonden aan een positieve Mantouxtest (die dus zinloos was), werden gedetineerden die de test weigerden toch ook nog in isolatie geplaatst wegens weigering van de test. Dit toont, wat mij betreft, de willekeur van de procedures aan, als en ook de bewuste of onbewuste betrokkenheid van de medische dienst in een strafbeleid (medische afzondering zonder gegronde reden). Gedurende diezelfde periode werden er dan weer wel RX-en afgenomen zonder dat er een toelating was van de bevoegde controleorganen om het RX toestel te gebruiken. In dit geval voor het bv. het uitsluiten van een fractuur bij trauma. Dit opnieuw, om zo weinig mogelijk patiënten naar het ziekenhuis te moeten sturen. Als gezondheidsbeoefenaar kom je dus weg met het niet meewerken aan een screeningsbeleid (zie ook Hep C). Als patiënt dien je daarvoor mogelijks een tijdje in isolatie te zitten. Het lijkt erop alsof de 'regels' en de medische ethiek gemakkelijk kunnen aangepast worden aan de omstandigheden en dat, in het 'voordeel' van de instelling en het in het nadeel van de patiënt.

De evaluatie door de gevangenisarts van de geschiktheid om in de strafcel te verblijven is een blijvend probleem. In de wet staat dat er elke 24 u 'een adviserend arts' moet nagaan of er geen contra indicaties zijn voor het verblijf in de strafcel. Door tijdsgebrek en andere redenen wordt hieraan dikwijls verzaakt, een probleem dat zich stelt in verschillende instellingen. We merken op dat hier meer nauwgezet op toegezien wordt in het geval dat een advocaat de zaken mee opvolgt.

Persoonlijk doe ik bijna geen bezoeken aan de strafcel gezien ik van mening ben dat de arts dan betrokken is bij de straf. (na het verkrijgen van een persoonlijk advies van de Orde hieromtrent) Ik heb ook een zorgopdracht en geen evaluatie opdracht. Deze 2 opdrachten

zijn in de huidige context m.i. moeilijk combineerbaar. Immers, als een arts het mandaat heeft en kiest om iemand uit de strafcel te halen dan kiest de arts onrechtstreeks ook wie er in de strafcel blijft. Bovendien is er geen kader en zijn er geen criteria, geen leidraad om een grondige evaluatie uit te voeren.

Het verblijf in de strafcel heeft snel negatieve gevolgen voor de (psychische) gezondheid. Bovendien komen er disproportioneel veel mensen in terecht met een vooraf bestaande kwetsbaarheid. Typische voorbeelden hiervan zijn mensen met een psychotische stoornis of andere psychiatrische problemen met gedragsproblemen, mensen met een verslavingsproblematiek, of nog mensen die zich om verschillende redenen gebrekkig kunnen uitdrukken. Een korte blik door de tralies is vaak illustratief: een naakte man die onbeweeglijk recht opstaat, een met water ondergelopen cel, een vloer bekleed met stukjes brood of matras, een besmeurde muur en winket, iemand die van zijn matras eet, een na begroeten onbeweeglijke blijvende massa onder een bruine deken, een lichaam vol littekens van automutilatie, ogen die heel veel of heel weinig uitdrukken...de strafcel is een dehumaniserende plaats.

Er zijn met name belangrijke psychische risico's op korte en lange termijn verbonden aan het verblijf in de strafcel. Het verblijf in de strafcel (ook korte duur) verhoogt bv. het risico op suïcide is sterk verhoogd. (10) Is deze vaststelling op zich niet al een algemeen geldende relatieve contra-indicatie voor een verblijf in de strafcel? Temeer omdat de criminologische literatuur aangeeft dat het verblijf in de strafcel vaak niet het beoogde penologische doel bereikt. Welke andere aandoeningen/situaties zijn incompatibel met een langdurige of snel opeenvolgende 'kortdurende' episodes van solitaire opsluiting? Gesprekken met collega's doen mij besluiten, dat hier te weinig ten gronde over nagedacht wordt, het reflecteren hierover wordt geenszins gesolliciteerd door de instelling.

Het is ook onmogelijk terdege een medische evaluatie met een kwalitatief klinisch onderzoek uit te voeren bij iemand die in de strafcel verblijft. Dit leidt vervolgens tot gevaarlijke situaties en problemen met aansprakelijkheid. De drempel om iemand uit de strafcel te halen lijkt hoog te liggen. Gevangenisartsen zijn genoegzaam bekend met situaties waarbij de gedetineerde rechtstreeks van de strafcel naar het ziekenhuis of intensieve zorgen moet waaruit dan blijkt dat de patiënt een longembool, hyponatriemie of een delirium had.

Gedetineerden met een acuut suïcide risico worden vaak in de strafcel geplaatst, bij gebrek aan andere aangepaste begeleiding, opvolging en aangepaste ruimtes. Zijn wij ons bewust van de psychologische gevolgen van een permanent cameratoezicht? Of maken wij als gevangenisarts, na verloop van tijd, eerder een 'medico-legale risico evaluatie' dan een klinische evaluatie?

Er zijn opnieuw geen leidraden, uitwisselingen, besprekingen om tot een ethische reflectie hierover te komen. De primaire oorzaak hiervan is m.i. het feit dat de medische dienst onder de FOD Justitie valt, waardoor ze niet medisch ethisch onafhankelijk functioneert en ethische reflecties zich niet verder kunnen ontwikkelen. Zijn er experts in de medische ethiek in België die zich hierover al gebogen hebben? Tegelijkertijd zou het naïef zijn om te geloven dat deze deontologische dilemma's zouden verdwijnen of de artsen immuun zouden worden aan de druk van de gevangenis, eens de penitentiaire gezondheidszorg zou inkantelen in de FOD Volksgezondheid. Wel ben ik ervan overtuigd dat een 'formeel onafhankelijk' arts andere ethisch/deontologische evaluaties en afwegingen zou maken.

Het deontologisch deficit zorgt ervoor dat de 'primaire processen' van de gevangenis, veiligheid en bestraffing, weinig verstoord worden door medische adviezen. De individuele arts kan hier uiteraard een verschil maken maar er is geen enkele garantie of ondersteuning vanuit de organisatie. Zou het ook kunnen dat het ontkennen van de patiënten rechten de afstand tussen de gedetineerde en de maatschappij vergroot en is dat dan niet in tegenstelling met het ongrijpbare doel van de re-integratie en het verminderen van het recidive risico?

4. De medische evaluatie en de criteria om een voorlopige invrijheidstelling te verkrijgen om medische redenen zijn niet duidelijk en lijken enkel van toepassing te zijn bij palliatieve dossiers?

Gevangenis artsen worden niet proactief geïnformeerd over wanneer, in welke omstandigheden en hoe een aanvraag tot strafherziening omwille van medische redenen dient te worden aangevraagd. Zo weten wij niet, of wij zelf initiatief dienen te nemen wanneer wij van mening zijn dat de medische situatie van een gedetineerde niet (meer) compatibel is met een verblijf in detentie. Vertragingen voor de aanvragen zijn legio, met alle gevolgen van dien. Eén collega deed überhaupt nauwelijks aanvragen tot strafherziening en onderbouwde dit met het volgende citaat: 'het is niet aan de arts om recht te spreken', waarmee hij zijn terminale patiënten het recht ontzegde om een herziening van de straf te krijgen, inclusief de aangepaste palliatieve zorgen.

Opnieuw bestaat er geen leidraad, noch protocol om op terug te vallen. Zijn er bv. cijfers van het aantal aanvragen per instelling of arts? Uit het officiële sjabloon worden twee zeer voor interpretatie vatbare algemene criteria, vooropgesteld. De arts dient te antwoorden op de volgende vragen: is er sprake van een terminale fase van een ongeneeslijke ziekte? EN is de detentie compatibel met zijn gezondheidstoestand. Vervolgens is er ruimte voor 'enkele zinnen' om dit te onderbouwen.

In casu geven we het voorbeeld van een patiënt met een tumor die een chronische opvolging en behandeling nodig heeft. Theoretisch zou men kunnen stellen dat dit compatibel kan zijn met detentie. In de praktijk zien we bv. dat de gevangenis of de DAB er niet in slaagt om de opvolging te garanderen. De patiënt bevindt zich niet in "een terminale fase", maar zijn overlevingskansen kunnen verminderen indien bv. de transporten geannuleerd worden. Bovendien kan de gevangenis, zeker in de afwezigheid van een CMC, geen aangepaste zorgen leveren voor mensen met een complexe aandoening. De drempel om tot het criterium incompatibiliteit te komen ligt, lijkt gewoon bijzonder hoog te liggen...

De aanvragen worden gecentraliseerd bij twee coördinerende artsen. Deze tussenstap leidt niet zelden tot een bijkomende en onvoorspelbare vertraging. Recentelijk wees een advocaat mij op het feit dat de tekst en de criteria op het Franstalige sjabloon (het Nederlandstalige sjabloon heb ik nog altijd niet mogen ontvangen) niet stroken met de wettelijke bepalingen. In de wet staat immers dat er niet aan beide criteria (zie eerder) moet voldaan worden om een aanvraag te kunnen indienen. Wie is er dan verantwoordelijk voor het blokkeren van aanvragen wanneer de gevangenis het officiële sjabloon volgt, zoals hem wordt aangeraden zonder enige verdere toelichting?

Een andere casus betreft een man die reeds verschillende maanden in de gevangenis verbleef. Hij bleek een hersentumor te hebben, dat werd maar na enige tijd duidelijk. Het feit dat het dossier geen toegang heeft tot de HUB is daar niet vreemd aan. Niemand in de

instelling leek goed te weten hoe men de patiënt dan in een aangepaste setting kon krijgen... Deze situatie leidde tot maanden vertraging. Nieuwe artsen krijgen geen onafhankelijk onderricht over de geldende wetten, juridische procedures en de rol en mogelijkheden van de arts daarbinnen. Deze georganiseerd onwetendheid lijkt noch de rechten van gevangenen, noch de behandelrelatie ten goede te komen.

In de praktijk merk ik dat er voornamelijk aanvragen tot bij mij komen, bij gedetineerden waarbij het duidelijk is dat ze enkele dagen of weken later zullen te komen overlijden. Dit betreft mensen met een terminale kanker, CVA, suicide pogingen, asphyxie door brand in de cel etc.... Op die manier vinden de overlijdens ook niet plaats in de gevangenis, hetgeen waarschijnlijk leidt tot een aanzienlijke bias in de statistieken over de sterftecijfers alsook de studies hieromtrent. (11) Dit draagt op zijn beurt niet bij tot meer aandacht voor de gezondheid van gedetineerden en hetgeen ook potentieel minder onderzoeken naar verdacht overlijden in gang zet.

5. Problematische gegevensuitwisseling. Het beroepsgeheim wordt al te vaak niet gerespecteerd zowel fysiek als digitaal.

‘Het beroepsgeheim in de gevangenis is relatief’ kreeg ik te horen op mijn eerste werkdag. Ik begrijp nu beter wat dit betekent.

Het beroepsgeheim tijdens de consultaties is allesbehalve gegarandeerd. Vele artsen consulteren met de deur open. Mensen lopen binnen en buiten tijdens de consultaties. De deur geeft uit op de gang. Op de gang lopen cipiers, andere gedetineerden etc.... De verpleegpost is een open office waar confidentiële zaken besproken worden. Tegelijkertijd is het ook de ontmoetingsplek met ander personeel en een medicatie distributiecentrum. De medicatie wordt verdeeld door de cipiers. Soms verdwijnt er medicatie uit de verpleegpost of tijdens de distributie, er is hier immers geen afdoende controle op. Bij staking of bij tijdsgebrek vinden de consultaties vaak plaats via het winket. De verslagen van de ziekenhuisopnames bevinden zich in een kartonnen doos in de open kast in de verpleegpost.

6. Er zijn geen afdwingbare quota betreffende de medische en paramedische personeelsbezetting. Er zijn grote personeelstekorten, hierdoor ontstaan onveilige situaties. Het principe van de ‘equivalente zorg’ is niet gespecificeerd in de wetgeving (basiswet 12 jan. 2005), wordt niet geëvalueerd en is ook niet afdwingbaar. Er is nauwelijks ondersteuning bij het uitvoeren van het werk als arts. Telefonische wachtdiensten dienen uitgevoerd te worden zonder toegang tot het EMD. Er zijn geen tolken beschikbaar tijdens de consultaties, hierdoor wordt vaak beroep gedaan op medegedetineerden of cipiers. De basis uitrusting om een medische opvolging te kunnen garanderen is onvolledig.

De psychiatrische vleugel (annexe) van Haren werd opgestart met één verpleegkundige. Het tekort aan verpleegkundigen zorgt uiteraard voor een laattijdige detectie van medische problemen. In de annexe van Gent, is er één psychiater vier u per week actief voor +/-200 geïnterneerden met complexe psychiatrische problematiek. In Haren zijn er dan weer 5 psychiaters voor +/- 120 geïnterneerden. Bij de huisartsen fluctueert het aantal voortdurend. Op sommige dagen momenten staat de arts er alleen voor met een lijst van 60 consultaties. Ook de verpleegkundigen kunnen vaak niet terugvallen op een arts.

Er is 1 kinesist voor alle mannelijke gedetineerden in de Brusselse gevangenissen. Er is 1 tandarts, 18 u per week beschikbaar voor +/- 1200 gedetineerden in Haren. Tot voor kort waren er 2 tandartsen. Toen één tandarts stopte werden de huisartsen daar opnieuw niet van op de hoogte gebracht. We merkten gewoon een stijging in het aantal consultaties voor tandproblemen zoals tandabscessen, met meer antibiotica en NSAID gebruik tot gevolg. Opnieuw een voorbeeld hoe de ontoereikende zorg in de gevangenis ook voor problemen buiten de gevangenis zorgt. De wachttijd voor een tandartsbezoek bedraagt 3 tot 4 maanden. De gedetineerde is niet op de hoogte wanneer zijn afspraak zal plaatsvinden. Hij weet enkel dat hij op een wachtlijst staat, deze situatie is geldig bij bijna alle zorgverleners: de patiënt weet zelden wanneer hij gezien gaat worden. De lange wachttijden, met een patiënt die in het ongewisse is over de wachttijd, zorgt voor veel onnodige frustraties en leed. Verschillende tandheelkundige behandelingen worden niet aangeboden, zoals protheses en bepaalde tandextracties.

Eén gewerkt uur binnen de gevangenis kan niet gelijkgesteld worden met één gewerkt uur buiten de muren. Dit door patiënten die niet opdagen voor allerlei redenen (bezoek/regime/paleis), administratieve barrières, afwezigheid van een tolk, een medisch dossier waarbij de 'lag-time' per klik 10 seconden bedraagt, onverwachtse strikte beweging, staking, de lange wachttijden bij het zich verplaatsen binnen de instellingen, het bezoek van de gedetineerden in de strafcel. De redenen voor vertragingen zijn legio, de lijst van obstakels is lang.

Het maakt niet uit wat de werkelijke personeelsbezetting bedraagt, zoals een verantwoordelijke van DG EPI het ooit prozaïsch verwoorde: 'de machine zal altijd blijven draaien'. De onderbezetting is net zoals de overbevolking de standaard en kan altijd ingezet worden als excuus voor de lage kwaliteit. Het is anderzijds een belangrijke vaststelling met belangrijke gevolgen die m.i. ook illustreert dat de kwaliteit van de zorg geen prioriteit is. Iedereen weet dat je zonder voldoende gezondheidspersoneel (actief) geen kwalitatieve zorg kan afleveren.

In de psychiatrische vleugel heb ik meer dan 6 maanden moeten wachten voor een onderzoekstafel. Een weegschaal bestellen duurt maanden. Een vraag voor test strips ter detectie van bepaald drugmisbruik, hoeksteen van een veilig voorschrijfbeleid blijft maanden onbeantwoord en na meer dan 6 maanden nog altijd niet aanwezig. Sommige consultatieruimtes hebben na meer dan 2 jaar nog steeds geen onderzoekstafel. De hygiëne binnen de medische ruimtes is vaak slecht. In Haren kan je in sommige kabinetten zelf je handen niet wassen. Het EMD is onbruikbaar en onveilig. We kunnen lang doorgaan, maar als je het in z'n geheel bekijkt, geeft het ons het gevoel dat (de kwaliteit) van ons werk er niet toe doet. Als de arts niet oplet sluipt dit gevoel er stiekem in en dit is op zijn beurt nefast voor de geleverde zorgkwaliteit.

7. Een medisch en sociaal complexe patiëntenpopulatie o.a. gekenmerkt door disproportioneel veel ontregelde chronische aandoeningen, acute ziektebeelden, atypische klinische presentaties in een situatie van vrijheidsberoving vergt veel van de gezondheidswerker. Er vinden disproportioneel veel ernstige 'incidenten' plaats en er is geen onafhankelijke instantie die de medische kwaliteit controleert. Hoewel er een hiërarchische lijn bestaat binnen de penitentiaire gezondheidszorg ontbreken zo goed als alle 'checks and balances' die de kwalitatieve zorg binnen grote zorgstructuren waarborgen. Protocolen, richtlijnen en 'good practices' ontbreken, zijn

ontoereikend of ongekend bij het personeel. Er is geen cultuur van kwalitatieve zorg. Er worden nauwelijks opleidingen voorzien voor het personeel hoewel de werkcontext sterk verschilt van de klassieke zorginstelling. Er bestaat geen formeel suïcide preventie beleid hoewel er veel suïcides en suïcide pogingen plaatsvinden. Er bestaat geen incident analyse systeem ondanks het feit dat er opvallend veel medische incidenten plaatsvinden waar systeemfouten een rol spelen. Als arts worden we veelal niet op de hoogte gesteld van incidenten, waardoor we ook moeilijk verantwoordelijkheid kunnen nemen om op een structurele manier tot kwaliteitsverbetering en preventie te komen.

Ik zal verschillende casussen bespreken die als ernstig kunnen beschouwd worden waarbij ik zelf op 1 of ander manier betrokken was. Om de confidentialiteit te bewaren verander ik enkele kenmerken in de omschrijvingen, zonder af te doen aan de pertinentie van het voorbeeld. Geen van die incidenten heeft aanleiding gegeven tot een discussie, een incidentanalyse, een verbetertraject of andere zinvolle interventie die tot een kwaliteitsverbetering zou kunnen leiden. Of toch alvast niet waar de gevangenis arts van op de hoogte werd gesteld of bij betrokken werd, wat in elk van de casussen noodzakelijk was. De bedoeling is hier geenszins om een schuldige aan te duiden maar om de problematische werkcontext te schetsen die het maken van fouten in de hand werkt, alsook het onveilig werkklimaat die het melden van fouten, het analyseren en het leren uit die fouten nalaat. Een situatie waarover elke gevangenisarts maar ook ander personeel kan getuigen.

-Een gedetineerde klaagt gedurende meer dan 6 maanden over abdominale pijn. Zijn algemene toestand ging achteruit en er werden mails gestuurd vanuit verschillende diensten op verschillende momenten waarbij niet medisch-geschoolde verschillende personen hun ongerustheid deelden. Op een gegeven moment dronk hij enkel nog suikerwater. Dit werd toegeschreven aan een hongerstaking. Uiteindelijk werd hij met spoed afgevoerd en twee weken later was hij overleden in het ziekenhuis aan kanker. Er was een consultatie ingepland bij de gastro-enteroloog enkele maanden later, maar zoals wel vaker haalt de klinische realiteit de gevangenis logica in, of is het net omgekeerd?

Zijn overlijden kwam ik, zoals bijna altijd, toevallig te weten. Suïcide pogingen, ernstige automutilaties en overlijdens worden niet besproken en ook niet bijgehouden. Er werd en wordt op geen enkele manier geanalyseerd wat er misloopt. Waarom werd de gedetineerde zo laat verwezen naar het ziekenhuis, of sturen we ze altijd laat, maar loopt het vaak goed af? Zijn er vertragingen opgelopen bij de oppuntstelling van de abdominale pijn? Is dit aanvaardbare 'collateral damage' om de organisatie van verwijzingen draaiende en behapbaar te houden? Introduceert de drempel om te verwijzen een verschuiving in de medische risico-evaluatie en het klinisch denken van de arts en de verpleegkundige?

Wat bij soortgelijke casussen al vaak gehoord heb gehoord van de hiërarchische lijn en collega's, is het argument van de 'middelenverplichting versus resultaatverplichting'...we kunnen niet verantwoordelijk gesteld worden voor de problemen die buiten onze wil gebeuren (zoals vertragingen). Tegelijkertijd, als je als arts weet dat de middelen, de organisatie en detentieomstandigheden onvermijdelijk gekoppeld zijn aan een inferieure kwaliteit van zorg, vind ik het onaanvaardbaar om dit niet blijvend te problematiseren. In een casus met grote vertragingen in de behandeling schreef een verantwoordelijke dat "we als arts niet tevreden konden zijn over de behandeling/aanpak, maar dat we vanuit medisch-juridisch oogpunt gedekt zijn". Bovendien herhaalt de centrale administratie telkens opnieuw

dat de zorg in gevangenissen gelijkwaardig is of zou moeten zijn aan die in de vrije maatschappij, zonder dit ooit te definiëren of te staven. Het lijkt mij dat er een grote discrepantie is tussen wat er intern wordt gezegd en gepraktiseerd en wat er naar de buitenwereld gecommuniceerd wordt. De basiswet wordt in elk geval niet gerespecteerd.

Een algemeen klimaat waarbij een verwijzing in de eerste plaats gezien wordt als een probleem en waarbij de gevangenis arts gezien wordt als deel van de organisatie (FOD Justitie) en dus deels verantwoordelijk is voor de overlast die zijn verwijzing veroorzaakt, zal niet bijdragen aan adequate en tijdelijke verwijzingen. De vele malen dat men moet trekken en sleuren bij het medisch secretariaat (dat zeker van goede wil is) om een snelle consultatie te krijgen en er dan ook nog persoonlijk moet op toezien dat deze tijdig plaatsvindt zal ook niet bijdragen tot adequate verwijzingen. Een omzendbrief gericht aan de medische diensten, afkomstig van de hiërarchische lijn die stelt dat 'afwachten dikwijls de klachten geneest' en dat de gevangenisarts 'niet de medische problemen dient op te lossen waar de patiënt buiten niet de moeite voor gedaan heeft ze aan te pakken' en daarbij aanspoort minder te verwijzen naar het ziekenhuis, is in deze context uiteraard uiterst problematisch.

-Code 'FOXTROT' verschijnt op mijn DECT... dit wil zeggen brand! We lopen naar de aangegeven locatie. Het water loopt al van de tweede verdieping naar beneden als we aankomen. 'Barbecue' krijg ik te horen. Het vergaand cynisme is maar één van de manieren om met ingrijpende gebeurtenissen en machteloosheid om te gaan. Het interventie team blust maar dit loopt moeilijk o.a. omdat ze geen protectieve maskers hebben. Een andere cipier is in tranen en voelt zich schuldig omdat ze aanvoelde dat het niet goed ging met de gedetineerde, maar er geen tijd was om met hem in gesprek te gaan. Het lijkt logisch dat bij chronische personeelstekorten en overbevolking de aandacht nog meer naar de kerntaken van de beveiligingsopdracht verschuift. De gedetineerde roept van pijn en/of angst maar na een tijdje wordt het stil. Het is wachten op de brandweer om de deur te openen. Een volledig zwart lichaam wordt naar buiten getrokken. De man wordt nog gereanimeerd en naar het ziekenhuis overgebracht, maar enkele dagen later wordt besloten om de kunstmatige coma te beëindigen. Het slachtoffer, jong en zonder papieren was nog maar enkele dagen aangekomen. Hij werd gezien binnen de eerst 24u, dus ja er werd voldaan aan de wettelijke verplichtingen. We zijn medico legaal ingedekt.

Opnieuw kunnen er een aantal belangrijke vragen gesteld worden, die tot verbetering van de zorg kunnen leiden. Wat zijn de risicofactoren voor suïcide of het maken van vuur op de cel? Zijn de hulpverleners hiervan op de hoogte en welke interventies worden hieraan gekoppeld? Waren er tekenen van psychische stress of bijzondere kwetsbaarheid? Zijn die opgepikt en is er iets mee gedaan? Moeilijk opdracht natuurlijk bij een populatie waar de helft een 'lifetime diagnosis' van een psychiatrische aandoening heeft (Favril, 2017). Stond hij op de wachtlijst voor de medische dienst? Een wachtlijst die toen in elk geval ellenlang was en die in die tijd af en toe in de versnipperaar mocht om terug met een schone lei te kunnen beginnen. Had hij een verslavingsproblematiek en werd de man daarin (medicamenteus en niet-medicamenteus) adequaat ondersteund? Zou het één van de vele 'cold turkey' ontwenningen zijn bij een gedetineerde met een Lyrica/pregabaline verslaving? Deze groep gedetineerden belanden vaak met automutilatie of erger in het cachot. De vaststelling dat het personeel vaak niet voorbij het gedrag kijkt en automutilatie, hetgeen frequent voorkomt, enkel ziet als een vorm van manipulatie met een verblijf in de strafcel tot gevolg, doet vermoeden dat er ernstige kennis lacunes over geestelijke gezondheid bestaan. Het protocol 'Lyrica' van DG epi vermeld zelfs nergens dat het om een verslavingsproblematiek gaat,

noch dat er een psychosociale ondersteuning moet voorzien worden bij deze veelal psychisch kwetsbare groep, de focus ligt wederom op de veiligheid. Ook binnen het medisch korps wordt verslaving niet altijd als een ziekte gezien, problematisch als men werkt men een gevangenis populatie waarbij verslaving heel frequent is. Het resultaat is dat de drugshulpverlening allesbehalve optimaal verloopt. De medische dienst kan geen onafhankelijk medisch beleid rond drugshulpverlening ontwikkeld worden in samenwerking en complementariteit met de externe diensten. Kwalitatieve drugshulpverlening zou nochtans een belangrijke objectief moeten zijn, zowel vanuit een 'public health perspectief' als een manier om recidive te verminderen. Als er al zorgcontinuïteit wordt verzorgd dat zal het te danken zijn aan de externe diensten. Zelfs een medische ontslagbrief, inclusief medicatie fiche wordt heden niet verzekerd.

In Haren is er tot op heden geen formeel suïcide preventiebeleid, ondanks het feit dat er proportioneel meer suicides zijn dan in de andere gevangenissen. Er is nauwelijks inhoudelijke bijscholing voor (para) medisch personeel, niet tegenstaande we toch met een hoog risico populatie werken (zie literatuur). Heeft de medische dienst een opleiding gekregen om met calamiteiten (brand in cel) om te gaan? Is er opvang voorzien na ingrijpende gebeurtenissen voor het verzorgend personeel? Niks van dat alles.

-Een man komt van een buitenlands gevangenis. Hij heeft een tumor. Er wordt 'de snelst mogelijk afspraak ingeboekt', die zou plaatsvinden na 6 weken. De dag van de consultatie, is het staking. De man wordt niet overgebracht naar het ziekenhuis en er dient opnieuw een 'zo snel mogelijke' afspraak ingediend te worden. Dit zijn vertragingen die de overlevingskansen drastisch kunnen doen dalen. Om veiligheidsredenen worden gedetineerden niet op de hoogte gebracht van de data waarop extracties gepland zijn. Een voordeel aan deze werkwijze is dat de patiënt niet per se dient ingelicht te worden wat betreft de afzegging van de afspraak, hij kan dan ook moeilijk klacht indienen. Licht de arts de patiënt hiervan in? Dient hij zelf klacht in, indien de patiënt hier om verschillende redenen zelf niet toe komt, maar wel mee akkoord gaat na een gesprek?

-Een geïnterneerde wordt in de ochtend met de MUG naar het ziekenhuis gebracht wegens intoxicatie. Hij heeft de rol van de voorziene avondmedicatie van zijn volledige sectie ingenomen. Niemand die precies weet hoe hij toegang had tot die rol medicatie. Het medicatiebeheer laat te wensen over, medicatiefouten zijn legio. Dit wordt nergens bijgehouden, dit wordt niet geanalyseerd. De distributie van medicijnen en soms ook de gecontroleerde inname van medicijnen wordt uitgevoerd door agenten.

-Een delirante en psychotische patiënt wordt na dagen in de strafcel, waarbij hij de hele cel had besmeurd met de eigen stoelgang en daar dan ook dagen in verbleef, afgevoerd naar intensieve zorgen. Hoeft het te verbazen dat de medisch/klinische evaluatie van deze patiënten schier onmogelijk is in deze omstandigheden?

Er wordt bijzonder weinig ondernomen om tot kwaliteitsverbetering te komen, fouten worden niet besproken en ook zo weinig mogelijk gedocumenteerd. Dit is te begrijpen in een systeem waarbij men niet de randvoorwaarden heeft om correct te werken. De werkcontext, de arbeidsorganisatie en het gebrek aan middelen bevordert het maken van fouten, dewelke de verantwoordelijke administratie ook niet controleert of bijstuurt. Mails om bezorgdheden aan te kaarten blijven vaak onbeantwoord. Vertragingen hebben telkens opnieuw één of meerdere redenen, waarachter we ons dan kunnen verstoppen: overbevolking, de DAB, te

weinig personeel, patiëntfactoren. Na enkele jaren kan je als gevangenisarts moeilijk ontkennen dat deze problematieken zich steeds herhalen en een systematische karakter hebben. Een verantwoordelijke antwoorde eens laconiek: 'je kiest ervoor om in de gevangenis te werken'.

Het dient gezegd te worden dat het ook onduidelijk is bij welke onafhankelijke instantie men moet aankloppen om deze problemen aan te kaarten. De toezichtsommissie? Die heeft zeker de slagkracht om bepaalde zaken te problematiseren maar minder om bepaalde zaken ook daadwerkelijk recht te zetten. De hoofdarts of de hiërarchische lijn? Zij kennen de problematiek en er zijn tegenstrijdige belangen. Bovendien doen dezelfde soorten problemen zich voor in verschillende vestigingen. Ik heb in elk geval elk van deze opties verschillende malen aangewend, vaak zonder duurzame resultaten op lange termijn. De medische raad? Die bestaat niet. De Orde? De penitentiaire gezondheidsraad? Deze komt al jaren niet meer samen. De gevangenisarts is vaak eenzaam met z'n bezorgdheden.

Conclusies

Toen Haren open ging en ik nog in St Gillis werkte, zei men: 'stop met je tijd en kritiek te verdoen in St Gilles. Het is hopeloos. Kom in Haren werken'. Eens in Haren zei men 'het zijn de kinderziekten van een nieuwe gevangenis'. Heden is St Gillis nog altijd open zonder sluitingsdatum. Naar ik hoor van de collega's is de situatie enkel erger geworden. Het merendeel van de externe diensten zijn weggetrokken, gezien de gevangenis ging sluiten. Er zijn nauwelijks activiteiten. Vele medewerkers zijn ingestapt in het nieuwe project van Haren. Bij de opstart van Haren werd er door de directie soms geïnformeerd of er bij een overplaatsing van Haren naar St Gillis geen medische contra-indicaties waren om de overplaatsing te annuleren. Dit werd gevraagd omdat iedereen wist dat er in St Gillis nog minder mogelijkheden zijn voor de zorg. Naarmate de druk toenam, door de uitvoering kort gestraften, werd deze vraag achterwege gelaten. De 'kinderziekten' van Haren, op medisch vlak, zijn na bijna 3 jaar grosso modo dezelfde gebleven. Van collega's in andere gevangenissen weet ik dat soortgelijke problemen zich in wisselende graad daar ook stellen. Ik denk dat veel van de beschreven situaties voor zich spreken. Ik ga mij niet wagen aan een algemene conclusie, maar herhaal kort een aantal belangrijke vaststellingen:

-De meeste personen die in de gevangenis terechtkomen komen uit preciaire situaties met bijhorende gezondheidsproblemen. Niet zelden heeft die kwetsbaarheid bijgedragen tot de detentie, zeker in de voorhechtenis. Als gezondheidswerkers hebben we de verplichting om zorg te bieden op maat van de noden van deze populatie, dit is heden niet het geval. De detentie omstandigheden, inclusief de kwaliteit van zorg, hebben een belangrijke gezondheidsimpact, dit heeft op zich een impact op de volksgezondheid. De gevangenisarts kan, door z'n unieke positie, de bevolking op de hoogte brengen van de consequenties van het huidige detentiebeleid.

-De huidige organisatie van de zorg, waarbij het gezondheidspersoneel de facto (artsen) en de jure (verpleging e.a.) onder het departement justitie valt, maakt het onafhankelijk werken volgens een medisch deontologie m.i. onmogelijk. Er zijn veel deontologische probleemsituaties waarin de gevangenisarts geen ondersteuning heeft.

-De gezondheidswerker lijkt zich teveel aan te passen aan de 'wetmatigheden' van de gevangenis ook als die ingaan tegen de medische deontologie

-Er wordt nauwelijks opleiding voorzien voor de gevangenisarts en verpleegkundigen. Er is met name geen basis juridische vorming over het wettelijk kader inclusief internationale wetgeving, geen vorming over specifieke juridische procedures, de specifieke gezondheidsnoden van gedetineerden, de gevolgen van vrijheidsbeperekende maatregelen, deontologisch duiding enz.

--/+ 50% van de populatie heeft een drugsprobleem, het gezondheidsaanbod en begeleiding is daar totaal niet op aangepast. Bepaalde bewezen effectieve strategieën, zoals risicoreductie, mogen niet aangewend worden.

-Er is geen toezicht en controle op de zorgprocessen en de medische kwaliteit. Er zijn geen structuren zoals medische raden, kwaliteitsdienst, etc....

-Er is geen bindend wetgevend kader over de verantwoordelijkheden. De gevangenisarts wordt niet ondersteund in zijn moeilijke opdracht. Er is nauwelijks sprake van multidisciplinaire samenwerking er is geen coherente visie op het gezondheidsbeleid.

-Er zijn geen belangenorganisaties (patiënten rechten etc....) en de publieke opinie is niet geïnteresseerd in de problematiek.

-Er is een eeuwigdurende budgettaire krapte, een carcerale inflatie en een chronisch personeelstekort.

-De infrastructuur is onaangepast zoals fysiek als digitaal. Er worden nauwelijks data verzameld.

-Consultaties 'extra-muros' worden als probleem gezien en kunnen logistiek niet gegarandeerd worden waarbij de wachttijd bepaalt wordt door o.a. logistieke problemen.

-Het beroepsgeheim is niet gegarandeerd.

-Er is geen suïcide preventie beleid. Incidenten worden niet geanalyseerd.

In de huidige omstandigheden is het logisch dat de gezondheidsuitkomsten slecht zijn. De gevolgen daarvan zijn in de eerste plaats voor de gedetineerde en z'n omgeving maar vloeien ook terug naar de maatschappij. Kwalitatieve medische zorg draagt bij aan een lager recidive risico, denk maar aan de verslavingszorg en de link tussen gezondheid en armoede. Een gedetineerde die de gevangenis in slechte gezondheid verlaat heeft tal van negatieve consequenties voor de maatschappij, denk bv. aan de uitgestelde zorg, de onbehandelde Hep C patiënten.

Verschillende deontologische problemen die hieraan bijdragen, alsook uit voortvloeien, verdienen het elk afzonderlijk bekeken te worden. Meer en meer beschouw ik het werken in de gevangenis echter als één groot deontologisch probleem. De gevangenis arts probeert zijn werk te doen in moeilijke omstandigheden, de problematische werkomstandigheden vormen een belangrijke risicofactor voor normvervaging. Hij is in de huidige context niet in staat zijn beroep onafhankelijk uit te voeren. Zijn individuele inspanning lijkt niet opgewassen te zijn tegen de structurele problemen. Legitimeert de arts die in dit systeem werkt de bestaande zorgkwaliteit en bepaalde twijfelachtige praktijken?

Na 3 jaren proberen op verschillende 'conventionele' manieren tot kwaliteitsverbetering te komen zonder afdoende resultaat is voor mij het moment gekomen om het stilzwijgen te

doorbreken. Ik schrijf deze tekst in de hoop dat dit bijdraagt aan een duurzame verandering in de verschillende Belgische gevangenissen, waarin het recht op kwalitatieve gezondheidszorg verankerd wordt. De lage kwaliteit van gezondheidszorg de het beleid om hier verandering in te krijgen kan niet los gezien worden van de vaststelling dat veelal een preciaire populatie in de gevangenis terecht komt, een populatie met weinig sociale en politieke representatie. Ik hoop dat deze tekst inzicht verschaft over de staat van de gezondheidszorg en de deontologische problemen in de penitentiaire context en op die manier bijdraagt aan kwalitatieve gezondheidszorg voor personen binnen detentie.

Hoogachtend

Dr Brecht Verbrugghe

Referenties

- (1) [Rapport internering](#)
- (2) [De medische zorg in onze gevangenissen is mensonwaardig | De Standaard](#)
- (3) [FATIK_2023_180.indd](#)
- (4) [Gezondheidszorg in Belgische gevangenissen | KCE](#)
- (5) [Baromètre des prisons bruxelloises : un signal d'alarme pour les services d'aide aux détenus - fédabxl asbl](#)
- (6) [Traitement de l'hépatite C dans les prisons : une ASBL dénonce un nouveau protocole, une "atteinte aux droits humains" - BX1](#)
- (7) [CCSP - Publicaties](#)
- (8) [Santé en prison : la hiérarchie demande aux soignants de ne pas en faire trop pour les détenus - Le Soir](#)
- (9) [Gevangenis van Brugge is tikkende tijdbom:... | Focus en WTV](#)
- (10) [« Au quartier disciplinaire, le risque de suicide est multiplié par vingt » – Observatoire International des Prisons](#)
- (11) [Prisoner survival inside and outside of the institution: implications for health-care planning - PubMed](#)