

Het jaar van het virus: AIDS-virusdragers in de Belgische gevangenissen

F. Pieters*

Het is duidelijk dat de problemen rond de gedetineerden die drager zijn van het AIDS-virus het 'penitenciaire jaar' 1985 hebben beheerst. Zowel bij de gedetineerden als bij het personeel (en in de pers) bestond grote beroering, zodanig dat de Minister van Justitie hieromtrent zelfs een persconferentie gaf.

Wij willen beschrijven wat er gebeurt is en hoe de administratie hierop reageerde. Daarna volgt een bespreking van de getroffen maatregelen en de implicaties ervan.

1. Uitingen van het probleem van de virusdragers en reactie van de administratie

Begin augustus 1985 werden de Brusselse gevangenissen enkele malen opgeschrikt door protestacties van gedetineerden. Zij eisten de onmiddellijke vrijstelling van hun medegevangenen die drager waren van het beruchte AIDS-virus. Ook in de gevangenissen van de Noorderkempen ontstond er oproer doordat een AIDS-drager uit Merksplas werd overgeplaatst naar Turnhout, een gevangenis waar een meer individueel regime heerst...: het personeel ging er echter prompt in staking. In verschillende andere gevangenissen reageerde het personeel gelijkaardig. De pers besteedde hieraan ruim aandacht, wat verre van verwonderlijk was omdat AIDS toen een erg 'heet' onderwerp was en als dusdanig voor veel sensatie zorgde.

Maar het omgekeerde is evenzeer waar: de sensationele berichten over de onontkoombare ziekte en de psychose die daaromtrent heerste hebben bijgedragen tot wat zich in de gevangenissen heeft afgespeeld. Deze 'duistere' ziekte kwam a.h.w. uit het niets opgedoemd en er zou geen enkele remedie tegen mogelijk zijn. Ze zou uiterst besmettelijk zijn, zodat wie zelfs maar van verre in aanraking kwam met een virusdrager ten dode opgeschreven was. Goed gestoffeerde artikels van specialisten terzake mochten allerlei kwakkels tegenspreken, gelooft werden ze (zeker aanvankelijk) toch niet, zodanig dat de specialisten zich genoodzaakt zagen eerst de strijd aan te binden tegen die sensatie-berichtgeving.¹

In de gevangenissen verblijven ontegensprekelijk mensen uit de risicogroepen, en bepaalde risicogroepen zijn relatief oververtegenwoordigd: druggebruikers die spuiten, prostituées en het milieu eromheen, Centraal-Afrikanen (als illegale vreemdelingen b.v.). Wat homoseksuelen met wisselende contacten betreft kan de gelegenheidshomoseksualiteit in een milieu zonder vrouwen een pro-

* Jurist-criminoloog, directeur 2^e klasse bij de gevangenis van Sint-Gillis.

1. Dr. ROSENBAUM, Willy, 'Rencontre: SIDA: informer sans déformer', *Le Monde aujourd'hui*, 18-19 augustus 1985.

bleem vormen. Het is dan ook evident dat de 'algemene vrees' zich gemakkelijk uit in dit milieu. Trouwens, vanaf het begin verbleven er effectief dragers in de gevangenis: op een parlementaire vraag van de Heer Vansteenkiste d.d. 28 juni 1985 geeft de Minister van Justitie toe dat er zich op 3 juli 1985 6 personen in de strafinrichtingen bevonden, waarvan werd vastgesteld dat zij drager zijn van het AIDS-virus en dat één gedetineerde overleed aan de gevolgen van AIDS na opname in een Universitair Ziekenhuis.² Naargelang verder zal worden gegaan met de opsporing zullen er in de toekomst overigens steeds meer dragers gedepisteerd worden.

Het probleem was en is dus onmiskenbaar reëel en dus moest de administratie reageren. In ons land was er ondertussen in de schoot van de Hoge Gezondheidsraad bij het Ministerie van Volksgezondheid een speciale AIDS-commissie opgericht en op verzoek van de Minister van Justitie namen 2 artsen van de penitentiaire administratie deel aan de werkzaamheden hiervan (cfr. de geneesheer-inspecteur en de geneesheer-directeur van het G.H.C. van de gevangenis van St.-Gillis). Binnen die commissie werd een speciale vergadering gewijd aan AIDS in de gevangnissen: de conclusies daarvan werden verwerkt in richtlijnen aan de gestichtsartsen en in rondschrijven (d.d. 5 juli 1985) aan de directeurs.

Concreet werd voorgeschreven de personen die tot de risicogroepen behoren aan een bloedonderzoek te onderwerpen. Een speciaal transport werd georganiseerd om die bloedstalen op te halen zodat de gestichtsartsen de uitslagen van de analyses binnen de week ontvangen. De directeurs krijgen opdracht het binnensmokkelen en doen circuleren van injectiespuiten (belangrijke vorm van besmetting) zoveel mogelijk tegen te gaan door gepaste strenge maatregelen te nemen t.a.v. gedetineerden die in het bezit worden getroffen van een spuit, en door personen die het binnenbrengen van dergelijke zaken hebben bevorderd de toegang tot de gevangenis te ontzeggen. Verder moet van elk incident van deze aard een omstandig verslag worden opgemaakt en doorgestuurd naar de centrale administratie.

Kort na de eerste ongeregeligheden in de Brusselse gevangnissen wordt aangevangen met de verspreiding van een informatienota van Prof. J. Desmyter, voorzitter van de AIDS-commissie, zowel onder de gedetineerden als onder het personeel. Deze nota omvat 5 punten:

1. Wat is het AIDS-virus?
2. Welke zijn de gevolgen van besmetting met het AIDS-virus?
3. Hoe wordt het AIDS-virus overgebracht?
4. Hoe wordt het AIDS-virus niet overgebracht?
5. Kan de verspreiding van het AIDS-virus in de gevangnissen voorkomen worden?

De nota is, gezien haar doelgroepen, in een verstaanbare taal gesteld en het laatste punt van de nota willen we hier overnemen:

'Het is onmogelijk om iemand die besmet is met het AIDS-virus, virusvrij te maken. Er zou binnen de gevangnissen praktisch geen enkele verspreiding van het AIDS-virus plaatsgrijpen indien het gebruik van spuiten en naalden strikt

2. *Parl. Vr. en Antw.*, Kamer, 30 juli 1985, vraag nr. 264, p. 4160.

individueel zou zijn en dus volledig gekontroleerd door de medische dienst; en indien er geen seksueel contact zou zijn tussen besmette en niet-besmette personen. Uit voorzichtigheid moet er een normale, goed te verwezenlijken hygiëne zijn ingeval van bloedverlies. Uit voorzichtigheid moeten geweldadige vormen van nauw lichamelijk contact, inbegrepen sommige vormen van sport, vermeden worden'.

Op 28 augustus 1985, nadat de ongeregeldheden in de gevangenissen bleven voortbestaan, gaf de Minister van Justitie een persconferentie om zijn beleid i.v.m. AIDS toe te lichten. Hij baseerde zich daarbij enerzijds op een nota van Prof. Desmyter waarin deze de beleidsopties onderzocht en anderzijds op een verklaring van drie geneesheren, nl. de heren Desmyter, Kahn en Donot, waarin zij verzoeken bepaalde deontologische en ethische regels te respecteren bij elke beslissing aangaande gedetineerden die (mogelijk) drager zijn van het virus. En de tekst van de persconferentie, en de tekst van de 3 geneesheren zijn belangrijk genoeg om ze hier over te nemen.

De persmededeling

Pers, radio en televisie hebben de laatste dagen veel aandacht besteed aan AIDS in het algemeen en aan het probleem dat deze ziekte in de gevangenis kan stellen.

Het lijkt belangrijk en aangewezen het publiek in te lichten omtrent de juiste draagwijdte van het probleem.

Vanaf midden juni werd in bepaalde grote strafinrichtingen gestart met het screeningonderzoek waarmee sinds 1 augustus werd begonnen bij de bloedgevers.

Dit screeningonderzoek heeft nu plaats in alle strafinrichtingen bij de risicogroepen.

De organisatie ervan en de onderrichtingen die aan geneesheren en gevangenisdirecteuren werden gegeven kwamen tot stand na contacten met gespecialiseerde centra die voortgezet worden door de aanwezigheid van twee geneesheren van de penitentiaire administratie, de geneesheer-inspecteur en de geneesheer-directeur van het Genees- en Heelkundig Centrum in de gevangenis te St. Gillis, in de AIDS Commissie van de Hoge Gezondheidsraad.

Gedetineerden beschikken derhalve over alle waarborgen van opsporing, onderzoek, diagnose, verzorging en follow-up.

Uit dit screeningonderzoek en na de oppuntstelling van de diagnose in het Genees- en Heelkundig Centrum te St. Gillis werd vastgesteld dat vijf personen dragers zijn van het AIDS-virus. Geen enkele vertoont nochtans de ziektekenen van echte AIDS.

Andere gevallen zijn nog in onderzoek om na te gaan of zij ook geen kiemdragers zijn.

Buiten de gevangeniswereld worden kiemdragers van AIDS niet gehospitaliseerd voor hun follow-up.

Voor gedetineerde kiemdragers voorziet men geen bijzondere maatregelen zoals voorlopige invrijheidstelling om gezondheidsredenen en hospitalisatie.

De nodige preventieve maatregelen om besmetting van personeel en gedetineerden te vermijden werden genomen; zij werden goedgekeurd door de AIDS Commissie van de Hoge Gezondheidsraad.

Daarenboven werd door professor J. Desmyter, Voorzitter van deze Commissie, een informatienota opgesteld die zal verspreid worden onder personeel en gedetineerden.

De tekst van de drie geneesheren

Dr. KAHN, hoogleraar aan de Université Libre de Bruxelles, Voorzitter van de Raad van de Orde der Geneesheren van Franstalig Brabant;

Dr. DESMYTER, hoogleraar aan de Katholieke Universiteit te Leuven, Voorzitter van de AIDS Commissie;

Dr. DONOT, stagemeeester aan de Université Catholique de Louvain, geneesheer-directeur van het medisch Chirurgisch Centrum van de gevangenis van Sint-Gillis;

verzoeken dat elke beslissing betreffende gedetineerden die drager of mogelijk drager zijn van AIDS-virus, rekening houdt met volgende deontologische en ethische regels:

1. Het is aangewezen om in de gevangenissen bij de risicogroepen het voorkomen van het LAV/HTLV 3 virus op te sporen.
2. De namen van de gedetineerden bij wie deze opsporing wordt uitgevoerd en de individuele resultaten behoren tot het medisch geheim.
3. Deze opsporing zal niet worden opgelegd aan de gedetineerden die haar weigeren.
4. Deze opsporing wordt toegestaan aan elke gedetineerde die haar aanvraagt.
5. Het resultaat wordt aan de betrokkene medegedeeld door de geneesheer. Indien het positief is wordt het medegedeeld met de nodige uitleg en omzichtigheid.
6. De seropositieve gedetineerden hebben het recht het advies in te winnen van een bevoegd geneesheer naar hun keuze.
7. De seropositieve gedetineerden mogen niet gepenaliseerd worden omwille van hun toestand. Zij hebben recht op dezelfde behandeling en op dezelfde voordelen als de andere gedetineerden. Zij hebben dezelfde verplichtingen.
8. De seropositieve gedetineerden moeten op de hoogte gebracht worden van de individuele maatregelen die de verspreiding van het virus beletten.
9. Het is thans medisch noch ethisch verantwoord de seropositieve gedetineerden samen te brengen in één of meer eenheden die voor hun zouden gereserveerd zijn.
10. In zijn contacten met de administrateur of gerechtelijke overheid zal de geneesheer er bijzonder over waken dat in deze gevallen de algemene regel van het medisch geheim bewaard blijft.
11. De gevangenisartsen hebben de plicht op de hoogte te blijven van de wetenschappelijke evolutie betreffende deze ziekte. Hun werkgever, dit is de administratie, heeft de plicht hierbij te helpen.

Werkvergaderingen

Begin september werden dan 2 werkvergaderingen belegd, één voor de directeurs en één voor de gestichtsartsen. Op de vergadering van de directeurs werden de beleidslijnen toegelicht en werd vooral aangedrongen op een strikte toepassing van een goede algemene hygiëne in alle omstandigheden.

Rondschrijven 6 september 1985

Ongeveer gelijktijdig komt er een nieuw rondschrijven toe in de gevangenissen (gedateerd op 6 september 1985) dat een aanvulling is van het schrijven van 5 juli '85 (cfr. supra). 3 soorten maatregelen worden behandeld:

a. Opsporing

Wie van de risicogroepen de bloedproef weigert kan er niet toe verplicht worden; een gedetineerde die om een onderzoek verzoekt, moet onderzocht worden.

b. Profylactische maatregelen

Instructies over wat te doen in geval van lichamelijk letsel gepaard gaand met bloedverlies (geneesheer op de hoogte brengen, wegwerphandschoenen dragen, bevuild plaatsen en voorwerpen met bleekwater schoonmaken, personeel dat tussenkwam hun handen doen schoonmaken met bleekwater). Toiletartikelen voor persoonlijk gebruik worden ofwel aan de betrokken gedetineerde meegegeven bij het verlaten van de inrichting, ofwel worden ze vernietigd. Er wordt aangedrongen op goede hygiëne qua beddegoed en kledingstukken.

c. Bijzondere maatregelen

Als de dokter verzoekt om een bepaalde gedetineerde alleen in een cel te zetten, dan moet daaraan gevolg gegeven worden, doch tegelijk moet erop toegezien worden dat deze gedetineerde niet wordt gediscrimineerd t.g.v. deze beslissing. De gestichtsarts zal ook de bijzondere te nemen maatregelen ter voorkoming van de besmetting van personeel of medegedetineerden meedelen. Tenslotte wordt eraan herinnerd dat de gezondheidstoestand van de gedetineerden onder het beroepsgeheim valt en dat dus volledige discretie in acht moet genomen worden.

Eind december 1985 tenslotte, waarschijnlijk omdat gebleken was dat in verschillende gevangenissen licht bevuilde matrassen automatisch werden vernietigd, komt er een rondschrijven dat de centrale administratie contact zal opnemen met gespecialiseerde firma's om voortaan dergelijke matrassen te laten schoonmaken en ontsmetten.

2. Bespreking

Voor wat de vraag 'Hoe reageren?' betreft zijn uiteraard verschillende standpunten mogelijk. De houding die in Groot-Brittannië werd aangenomen is o.i. absoluut verwerpelijk: nl. door aangetaste gedetineerden zo lang mogelijk in de gevangenis te houden, wil men de volksgezondheid helpen vrijwaren. Dit is niet alleen misbruik maken van de gevangenis voor doeleinden die niet de hare zijn (en als dusdanig vergelijkbaar met het wegbergen van dissidenten in de psychiatrie); maar daarenboven is dergelijke houding gespeend van alle humaniteit. Een man of vrouw verneemt in moeilijke omstandigheden drager te zijn van het AIDS-virus en weet dan ook dat hij/zij in de toekomst de geduchte ziekte misschien zal gaan ontwikkelen. Er is al gebleken dat louter drager-zijn op zich tot sociale isolatie kan leiden; de persoon in kwestie zal beperkt worden in zijn/haar seksueel leven; moet beslissen of hij/zij nog wel kinderen wil, enz. Om dan bij gelijke straffen deze personen nog langer in de gevangenissen te houden is toch wel erg onmenselijk...

De Belgische penitentiaire administratie heeft, en o.i. terecht, ervoor geopteerd dat deze problematiek in se een medisch probleem is en dan ook als dusdanig moet benaderd worden. Natuurlijk kan daarbij niet ontkend worden dat het eigene van het penitentiair milieu aangepaste maatregelen kan vereisen (cfr. concentratie van risicogroepen, total-institution met bepaalde machtsverhoudingen, enz.). Ook diende bijzondere aandacht besteed aan de informatie van zowel personeel als gedetineerden. Slechts waar afgeweken werd van deze basishouding werden soms betwistbare beslissingen getroffen: er was inderdaad geen medische vereiste om een AIDS-drager die in Lantin werd geweigerd naar een andere gevangenis te sturen.

In de pers werd de penitentiaire administratie, althans in de beginfase, een gebrek aan openheid verweten.³ Deze vaak bekritiseerde ambtelijke tekortkoming is, en dat is ook herhaaldelijk gebleken in het verleden, nefast. Het leidt tot

3. *Le Vif*, 5 september 1985, p. 27-28.

een vacuüm waarin allerlei geruchten en halve waarheden goed gedijen en het tast de geloofwaardigheid aan. Aangezien AIDS al in een schandalensfeer baadde, zou dergelijke houding alleen maar tot meer onzekerheid en onrust hebben kunnen leiden. De administratie ontkent dat zij ooit de bedoeling heeft gehad iets achter te houden, maar geeft toe dat ze wel degelijk verrast werd. De dokters zouden aanvankelijk niet geweten hebben dat ze te doen hadden met AIDS-patiënten en zich pas *na* het overlijden van de AIDS-patiënt in een ziekenhuis bewust geworden zijn van het probleem.

Een eerste teken van de 'open houding' was o.i. in elk geval de informatienota van Prof. Desmyter, die om verschillende redenen belangrijk is:

- a. De nota is afkomstig van een bevoegd persoon die totaal onafhankelijk staat van de administratie. Dit verhoogt de geloofwaardigheid, vooral in de ogen van de gedetineerden maar ook voor het personeel. Wie op enige wijze van de administratie afhangt zou er immers belang bij kunnen hebben bepaalde informatie te verzwijgen, of kan zelfs (onbewust) onder bepaalde druk gestaan hebben.
- b. De bestaande onrust was mede te verklaren door allerlei sensationele berichten en paniecreacties erop. Enkel een verstaanbare informatie, duidelijk gericht op het milieu waar het probleem zich stelt, kon voor het nodige tegengewicht zorgen om zo de problematiek tot zijn juiste proporties te herleiden.

Dat bepaalde zinnen uit de nota de onrust zouden versterken (cfr. bepaalde vormen van sport zijn te vermijden) lijkt mij verkieslijk boven te weinig informatie. Toch ook niet vergeten dat de meest beoefende sporten in de gevangenis (volley, mini-voetbal...) niet bepaald van het 'bloederige' type zijn. Dit lijkt mij zeker geen reden om sportactiviteiten, waarvan het belang in een gevangenis moeilijk te overschatten is, af te bouwen. Wel moet de gestichtsarts de nodige maatregelen nemen t.a.v. dragers en kan er ook aan gedacht worden mensen die tot de risicogroepen behoren pas te laten sporten als het bloedonderzoek negatief is.

De cruciale tekst, nl. die van de drie artsen vormt een bevestiging van deze open houding. Deze tekst is vooral belangrijk omdat hij zijn weerslag gekregen heeft in de instructies t.a.v. directeurs en gestichtsartsen. Laten wij hem dan ook van wat naderbij bekijken en bespreken.

1. Het is aangewezen om de risicogroepen op te sporen

Sommigen zijn van mening dat opsporing enkel kan bijdragen tot paniek en dat, aangezien een goede algemene hygiëne de belangrijkste remedie is om besmetting te voorkomen, het beter is alle aandacht daarop toe te spitsen. Genezing is toch niet mogelijk op dit ogenblik en overigens gaat het om erg veel mensen die jaarlijks in contact komen met de gevangenis. Verder zullen om allerlei redenen AIDS-dragers ontsnappen aan de opsporing zodat nooit een waterdichte depistage zal mogelijk zijn.

Vanuit vakbondszijde werd dan weer gevraagd dat alle gedetineerden verplicht zouden worden zich aan het onderzoek te onderwerpen. Naast de praktische problemen die dat zou meebrengen is het natuurlijk zo dat een dergelijke verplichting niet wettelijk voorzien is en dus niet realiseerbaar.

De penitentiaire administratie heeft de dokters in hun advies gevolgd: enkel de risicogroepen onderzoeken, weigeraars kunnen niet verplicht worden, doch wie erom verzoekt wordt onderzocht zelfs zo hij niet tot een risicogroep behoort. Wie wel tot een risicogroep behoort en het onderzoek weigert, wordt qua voorzorgsmaatregelen gelijkgesteld met een virusdrager (= een logische oplossing).

De praktische problemen die rijzen zijn dat het lang niet altijd geweten is of iemand tot een risicogroep behoort (cfr. homoseksuelen met wisselende contacten). Sommige personen blijven maar zeer korte tijd in de gevangenis en hebben deze al verlaten voor de uitslag van het onderzoek gekend is. Zeer veel personen moeten onderzocht worden en om absoluut uitsluitel te hebben zijn meerdere, dure en langdurige onderzoeken nodig.

Maar de administratie heeft een belangrijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de opgesloten; daarom alleen al is opsporing bij risicogroepen verantwoord. Verder zal het voor een aantal mensen de mogelijke twijfel wegnemen en kan men ook des te meer aandacht besteden aan de begeleiding van de personen die postief bevonden werden. Ook de noodzakelijke maatregelen ter voorkoming van besmetting en een gerichte hygiëne t.a.v. de dragers kunnen dan ingesteld worden, zonder dat evenwel de algemene hygiëne hierdoor verminderd mag worden.

Er blijft op dit ogenblik nog steeds een belangrijke lacune bestaan: nl. opsporing onder het personeel. Bij incidenten met bloedverlies moet het personeel tussenkomen en lopen zij toch een zeker risico, vooral omdat er niet altijd tijd is om voorzorgsmaatregelen te nemen. Zou een personeelslid dat betrokken geweest is in een mogelijke besmettingssituatie niet de mogelijkheid moeten hebben om zich op kosten van zijn werkgever aan een onderzoek te laten onderwerpen? Of zelfs jaarlijks de mogelijkheid moeten krijgen om zich te laten onderzoeken? De vraag stellen is ze o.i. beantwoorden.

2. Het beroepsgeheim

De namen van de gedetineerden bij wie de opsporing wordt verricht en de resultaten behoren tot het medisch beroepsgeheim. Vooral ook vanuit de Orde der Geneesheren werd hierop sterk aangedrongen.

Het specifieke gevangenis milieu met zijn machtsverhoudingen en de minderheidspositie waarin de gedetineerden veelal verkeren zal sommigen onder hen er feitelijk toe brengen toe te geven dat zij wel degelijk drager zijn.

Ook het feit dat er eventueel een vrijstelling om gezondheidsredenen kan overwogen worden kan hiertoe bijdragen; ja zelfs op de rechtbank kan het uitgespeeld worden om een mildere straf te bekomen. Het personeel merkt trouwens zelf ook wel dat er voor een bepaalde gedetineerde maatregelen komen als alleen op cel zetten, niet meesporten,... waaruit het de nodige conclusies kan trekken. En wat met een gedetineerde niet-drager die omwille van omstandigheden zelf een beperking van zijn regime vraagt of oploopt wegens wangedrag en daardoor eventueel als 'verdacht qua AIDS' wordt bestempeld? Doet men die dan geen onrecht aan?

Ook niet vergeten dat, als aan een persoon wordt meegedeeld dat hij virusdrager is, hij waarschijnlijk om met dat gegeven klaar te komen de noodzaak gaat voelen om erover te spreken. De sporadische bezoeken (als die er al zijn: denken

we maar aan Centraal-Afrikanen) in weinig aangename omstandigheden zullen in vele gevallen niet volstaan en bijgevolg is de persoon in kwestie aangewezen op personeel of medegedetineerden om erover te spreken. Wie bekend is met het milieu weet hoe moeilijk geheimen er bewaard blijven...

Typisch voor de Belgische gevangenis is het daarenboven dat de verpleegdienst nog dikwijls wordt uitgeoefend door een daartoe aangesteld bewaarder die geen bijzondere medische opleiding heeft genoten. Zonder afbreuk te doen aan de verdiensten van sommige van deze mensen moet toch toegegeven worden dat de mogelijkheid bestaat dat hun collega's-bewaarders hen onder druk zetten om informatie te bekomen. Zij kunnen zich ook meer solidair voelen met hun collega's dan met het medisch korps.

Tenslotte herinneren we aan het K.B. van 1 maart 1971 betreffende de profylaxe tegen overdraagbare ziekten⁴: het gehanteerde principe is dat bevoegde autoriteiten moeten op de hoogte gebracht worden van bepaalde ziekten, zodat ze maatregelen kunnen treffen om de verspreiding tegen te gaan (AIDS is op dit ogenblik niet opgenomen in de lijst van ziekten). Verkeren we hier niet in een vergelijkbare situatie op kleinere schaal? Moeten de verantwoordelijke personeelsleden, niet-artsen, niet op de hoogte gebracht worden om de gepaste maatregelen te treffen? Het lijkt in elk geval onvermijdelijk dat de directie ingelicht wordt, omdat zij uiteindelijk bepaalde specifieke instructies moet geven en ten uitvoer leggen (cfr. alleen op cel, bepaald werk niet verrichten,...). Impliciet blijkt dat ook uit de instructies als daar gesteld wordt dat de directie gevolg moet geven aan de vragen om specifieke maatregelen vanwege de gestichtsarts. Met andere woorden: het medisch beroepsgeheim wordt de facto al gedeeld.

Over dit beroepsgeheim is al erg veel te doen geweest en het personeel, ook via de vakbonden, heeft herhaaldelijk aangedrongen om de namen te kennen van alle virusdragers. Verwonderlijk is dit geenszins, omdat het penitentiaire milieu lichaamsfouilles impliceert, incidenten met bloedverlies en vechtpartijen. Ook sommige directeurs en hoofdbewaarders hebben hierop aangedrongen: zij werden in een bepaald onbehaaglijke situatie gemanoeuvreerd doordat zij op de hoogte waren, doch het personeel dat hen om informatie kwam vragen niet mochten inlichten. Verlies van vertrouwen in deze superieuren kan het gevolg zijn.

Kortom: het lijkt praktisch onmogelijk om in een gevangenis geheim te houden of iemand al dan niet AIDS-drager is en daarenboven kan deze houding nefaste gevolgen hebben (speculaties, wantrouwen onder het personeel). De vraag moet dan ook gesteld worden of men niet beter met open kaart speelt en het nodige vertrouwen schenkt aan het personeel dat toch ook een discretieplicht heeft. Uiteraard vooronderstelt dat een gezonde houding bij het personeel opdat eventuele dragers niet nog zwaarder zouden gestraft worden en opdat hun integratie in het gevangenis milieu niet zou verhinderd worden. Naar onze mening, nu de onrust toch al enige tijd achter de rug is, moet worden toegegeven dat al bij al het personeel op dit ogenblik een serene houding aanneemt t.a.v. AIDS-dragers. Mogelijk kleven er aan deze open houding belangrijke nadelen die wij op

4. K.B. van 1 maart 1971 betreffende de profylaxe tegen overdraagbare ziekten, *B.S.*, 23 april 1971.

dit ogenblik niet kennen: de zaken eens opnieuw bekijken lijkt toch geen overbodige zaak.

3. *Eigen arts*

Op dit ogenblik voorziet het art. 96 van het Algemeen Reglement⁵ enkel voor beklaagden en beschuldigen dat ze op eigen kosten beroep mogen doen op een door hen gekozen arts; voor de andere categorieën gedetineerden moet eerst de centrale administratie om toelating gevraagd worden. Dit onderscheid werd binnen de administratie en in de buitendiensten al enige tijd bekritiseerd. In de gevangenissen evolueren de regimes van beklaagden en veroordeelden steeds meer naar elkaar toe zodat ook dit onderscheid steeds meer arbitrair leek te worden. Daarenboven is het logisch dat de gestichtsarts, die uiteindelijk toch tot de administratie behoort, niet altijd het volle vertrouwen van de gedetineerden geniet.

Het recht op gezondheid is een fundamenteel recht voor ieder gedetineerde. Dergelijk recht impliceert ook dat men een beroep kan doen op een arts in wie men het volste vertrouwen heeft. Een omzendbrief van 16 oktober 1985 geeft nieuwe instructies voor de 'vrije keuze van een geneesheer', waarbij het vroegere onderscheid vervalst. Deze instructie is slechts opgemaakt in afwachting van een wijziging van het Algemeen Reglement, art. 96 bij Koninklijk Besluit. Dergelijke procedure vraagt nogal veel tijd; zodat men deze voorlopige oplossing via omzendbrief uitgewerkt heeft.

In het tijdschrift *Fatik* heeft de redactie een aantal bedenkingen bij deze circulaire⁶:

a. De aanwezigheid van de inrichtingsarts of verpleger bij de raadpleging van een extern arts zou een uitholling van het nieuwe recht zijn. Deze bepaling lijkt ingegeven door misbruiken die in het verleden werden vastgesteld: vrienden-dokters of gezinsleden-dokters maakten van dit recht gebruik om dagelijks lange bezoeken te brengen. Toch moet de vraag gesteld of geen andere oplossingen mogelijk zijn om via de deontologie en een mogelijke controle door de beroepsvereniging der geneesheren misbruiken te voorkomen.

Stellen dat het een uitholling van het recht zou zijn lijkt mij evenwel overdreven: men mag toch niet vergeten dat dergelijke consultaties volledig onder het medisch beroepsgeheim vallen, zodanig dat de administratie niet kan tussenkomen. De nieuwe instructie verwijst trouwens zelf naar de code van de geneeskundige plichtenleer.

b. De redactie vraagt zich af of de financiële lasten geen bezwaar zijn. Art. 8 van het K.B. van 24 december 1963⁷ bepaalt dat de geneeskundige verstrekkingen

5. Algemeen Reglement van de Strafinrichtingen, K.B. van 21 mei 1965, *B.S.*, 25 mei 1965.

6. *Fatik*, nr. 18, december 1985, p. 12-13. Daar is ook de integrale tekst van deze instructie afgedrukt.

7. K.B. houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, *B.S.*, 26-27-28 december 1963.

worden geweigerd zolang de rechthebbende in de gevangenis is opgesloten. In tegenstelling tot wat *Fatik* schrijft blijft dat ook zo als men in voortgezette verzekering gaat: dit heeft immers enkel uitwerking t.a.v. de personen ten laste.⁸

In de praktijk blijkt dat geen onoverkomelijke problemen te stellen en bestaan er een aantal 'Belgische oplossingen' om dit artikel te omzeilen. Wijzelf zijn er geen voorstander van om dergelijke raadplegingen volledig kosteloos te maken. Niet alleen zijn niet alle gedetineerden financieel onvoldoende kapitaalkrachtig (witte boorden, georganiseerde misdaad), maar veel fundamenteeler lijkt het mij toch ook een tegenprestatie te vereisen vanwege de gedetineerde. Wat immers belet een gedetineerde dan om honderd dokters ter consultatie te vragen? Of moet er dan een beslissingsinstantie komen om dergelijke misbruiken tegen te gaan, instantie die dan weer het gevaar loopt beschuldigd te worden van machtsmisbruik...

Wij blijven op ons vroeger ingenomen standpunt⁹: de Wet van 27 juni 1969 betreffende de maatschappelijke zekerheid voorziet dat het toepassingsgebied kan verruimd worden en als de Koning van zijn bevoegdheid terzake zou gebruik maken om de gedetineerden op te nemen, dan zouden zij ook onder de remgeldregeling vallen.

c. Het lijkt inderdaad aangewezen om deze regeling ook voor psychiaters te laten gelden. Het zijn, net als andere specialisten, ook artsen. Andere hulpverleners, niet-artsen zijn duidelijk niet bedoeld in deze circulaire.

Fatik stelt terecht deze vraag of ook psychiaters onder deze regeling vallen omdat het huidige art. 96 van het A.R. figureert onder de ondertitel: afd. 1: Gewone Geneeskunde; duidelijk onderscheiden van afd. 2: Psychiatrie. O.i. moet, bij een aanpassing van het art. 96 A.R. bij Koninklijk Besluit, dit recht voor alle geneesheren ingevoerd worden en dit om dezelfde redenen als we al aanhaalden voor de gewone artsen.

In ieder geval is deze evolutie versneld door de problemen die zich hebben voorgedaan omtrent AIDS.

Ofschoon het niet direct in verband staat met de keuze van de eigen arts willen we hier even ingaan op het feit dat ook vroeger al de administratie geconfronteerd werd met dwingende medische problemen. In zowel het Algemeen Reglement als in de Algemene Instructie¹⁰ zijn verschillende artikels gewijd aan de geneeskundige diensten; ook werden een aantal modaliteiten ontwikkeld om het hoofd te kunnen bieden aan bepaalde medische problemen. Zo de opname in een burgerziekenhuis al dan niet met bewaking, penitentiair verlof om gezondheidsredenen, vervroegde invrijheidstelling omwille van een ernstige aandoening, achteraf te regulariseren via genade of een voorwaardelijke invrijheidstelling. Al deze bestaande middelen kunnen aangewend worden zo een drager de ziekte effectief gaat ontwikkelen en zijn ondertussen trouwens al aangewend.

8. PIETERS, F., 'Hebben de gedetineerden en de personen ten hunne laste, als leden van de samenleving recht op maatschappelijke zekerheid?', *B.B.S.*, 1983, p. 5-38 en 145-172.

9. PIETERS, F., *ibidem*.

10. Algemene Instructie voor de strafinrichtingen, M.B., 12 juli 1971, *B.S.*, 10 augustus 1971, uittreksel. Het besluit werd volledig gepubliceerd in *B.B.S.*, 1971, p. 217-257.

4. Informatie van de gedetineerde

Van zodra de resultaten van het onderzoek bekend zijn moet de gedetineerde op de hoogte gebracht worden en moet hij tevens gewezen worden op zijn verantwoordelijkheden om de verspreiding van het virus tegen te gaan. Kort voor zijn vrijstelling, maar b.v. ook bij een penitentiair verlof, moet dit herhaald worden.

Hoe dan ook zal het een belangrijke slag zijn te moeten vernemen dat men drager is van het beruchte virus. Andere hulpverleners in de gevangenissen kunnen bij de verwerking daarvan een belangrijke rol spelen (probleem van het medisch geheim?).

Hiermee samenhangend is de actieve plicht van de gestichtsartsen en de hulp die de administratie daarbij moet leveren, om op de hoogte te blijven van de wetenschappelijke evolutie betreffende de ziekte, haar voorkomen en bestrijding.

5. *AIDS-drages niet extra penalisieren omwille van hun toestand en geen aparte AIDS-eenheden creëren*

Een virusdrager is sowieso al beperkt in zijn sociaal leven (isolatie, seksueel leven,...). Daarenboven zal hij ook feitelijk in de gevangenis een aantal regimebeperkingen oplopen. Doch vooral wat betreft zaken als vervroegde invrijheidstellingen en penitentiair verlof moet deze aanbeveling haar volle draagkracht krijgen.

Op dit ogenblik zijn er volgens de specialisten geen medische vereisten om AIDS-dragers samen onder te brengen in een soort 'leproserieën'. De stigmatisering en gevoelens van onrust (zijn ze dan toch zo besmettelijk dat ze afgezonderd moeten worden?) zouden hierdoor waarschijnlijk toenemen. En een volledig waterdichte garantie zou dit ook niet bieden. Trouwens, mochten de artsen aanbevelen hebben de AIDS-dragers onder te brengen in speciale eenheden, dan zouden ze in tegenspraak geweest zijn met de aanbeveling het medisch geheim scrupuleus te bewaren...

De administratie heeft deze aanbeveling gevolgd. Nochtans heeft die zeer belangrijke implicaties:

a. Er moet zeer nauwlettend gewaakt worden over de algemene hygiëne; op vergaderingen en in instructies werd hierop voortdurend gehamerd. De overgrote meerderheid der Belgische gevangenissen dateert evenwel van rond de eeuwwisseling en is als dusdanig niet aangepast aan de moderne eisen van hygiëne. Veel gevangenissen beschikken b.v. nog steeds niet over doorspoeltoiletten of lopend leidingwater. Ook qua licht en verluchting is er veel achterstand. In deze grote, oude gebouwen is de hygiëne handhaven moeilijker dan in aangepaste, beperkte eenheden.

Gezien de gebouwen ressorteren onder de bevoegdheid van het Ministerie van Openbare Werken moet ook dit Ministerie meewerken om de verantwoordelijkheden op dit vlak te dragen.

b. Homoseksualiteit is ontegensprekelijk aanwezig in het penitentiair milieu. Besmetting door seksueel contact tussen een virusdrager en een ander persoon

dient vermeden te worden in de gevangenissen. Omwille van een goede hygiëne en om homoseksueel contact te vermijden zou ieder gedetineerde in een individuele cel moeten geplaatst worden. In de meeste arresthuizen lijkt dit op dit ogenblik een niet te verwezenlijken droom, zelfs om alle personen die tot een risicogroep behoren alleen te zetten...

Wij onderschrijven in dit verband ten volle het pleidooi van Prof. Peters om de gevangenispopulatie in ons land op korte tijd drastisch te reduceren. Er is een 'hygiënische limiet' voor elke gevangenis en die moet gerespecteerd worden, omdat de administratie ook tot taak heeft de gezondheid van de gedetineerden te vrijwaren. Dit is een argument te meer om de voorstellen van T. Peters snel te realiseren.¹¹

c. Er wordt de administratie verweten dat ze bij het opstellen van haar instructies niet altijd consequent is. Zo wordt voortdurend in de infonota's en op vergaderingen benadrukt dat het virus slechts op bepaalde manieren overdraagbaar is en dat het zeer vlug afsterft in de lucht, maar langs de andere kant worden voor de celfouilles plastieken wegwerphandschoenen ter beschikking gesteld. Wij betwijfelen niet de noodzaak van het dragen van handschoenen voor dergelijke fouilles, doch dit had al veel vroeger beslist moeten zijn. Idem trouwens voor het strikt persoonlijk blijven van scheermesjes en tandenborstels, voldoende mogelijkheid tot douchen en dies meer.

3. Algemene conclusie

De voorstellen en bedenkingen die we hierboven geformuleerd hebben zijn veelal ontstaan door met mensen uit de penitentiaire administratie over het probleem van de virusdragers te spreken. We menen dan ook dat het een vrij goed overzicht biedt van de hieromtrent bestaande meningen, zonder dat het volledigheid kan claimen.

Ons lijkt dat de beleidsverantwoordelijken de gelukkige beslissing hebben genomen het probleem als een medisch probleem te behandelen. Waar aanvankelijk de kwestie niet werd onderkend dwongen de omstandigheden en de enorme gevoeligheden voor AIDS de administratie tot een duidelijke stellingname. Het is, meen ik, gebleken dat die open houding met veel nadruk op de informatie een gelukkige optie is geweest. Toch blijven een aantal zaken voor discussie vatbaar, en dan denken we meer bepaald aan de kwestie van het beroepsgeheim. Ook het feit dat er nog steeds geen definitieve regeling is voor het opsporen van het virus bij het personeel is voor discussie vatbaar.

11. PETERS, T., 'Een pleidooi voor een radicaal reductionistisch opsluitingsbeleid', *Panopticon*, juli/augustus 1984, p. 277-282.