

Revalidatie bij delinkwenten*

DOOR DR R. L. CORNELISSEN HUISARTS TE MAARSSSEN

In elke huisartspraktijk komen misschien wel alle patiënten in de loop van hun leven met de justitie in aanraking. Daar ziet men, evenals bij de afwijkingen op het medische gebied, de hele gradatie van kleine en veelvuldig voorkomende storingen, zoals verkeersovertradingen die via bekeuringen meestal geen verdere behandeling vragen, tot de grote misdrijven die, als de zeldzame ziekten, niet meer op het terrein van de huisarts liggen. Daartussen echter zijn grote gebieden waar de huisarts zijn taak heeft of kan hebben en waarbij zijn hulp min of meer vaak zal kunnen worden gevraagd.

Om enkele van de meest voorkomende gevallen te noemen, elk met de gradatie van praktisch geen behandeling of correctie vragend tot noodzakelijk ingrijpen door justitie en/of arts:

1 De conflicten tussen de seksen, van eenvoudige spelletjes tot wat vroeger meestal alleen in boeken en films werd uitgewerkt, maar wat in de laatste jaren op verontrustende wijze steeds meer in het openbare leven wordt gerealiseerd.

2 De perversiteiten, de sadistische en masochistische handelingen van kinderen en ouders, van vleugels uittrekken tot moord.

3 De dwang- en waangedachten, van twijfel over een gesloten voordeur tot de klassieke grote psychiatrische syndromen, waarbij wordt opgemerkt dat deze laatste praktisch niet tot storingen op justitieel gebied schijnen te leiden.

4 De emotioneel en driftmatig bepaalde instellingen en daden, van vooroordeel, laster en scheldpartijen tot razernij en moord.

5 De andere handelingen en gedragspatronen tegen de geldende normen in gezin en maatschappij, van snoepen tot diefstal, inbraak en roof.

Het optreden van de huisarts in dit alles, zowel kwalitatief als kwantitatief, zal sterk worden bepaald door zijn structuur. Wijst hij bijvoorbeeld elke bemoeïing op dit dikwijls niet strikt medisch gebied in beginsel af, dan zal zijn hulp zelden worden gevraagd en zal hij zelfs kunnen gaan denken dat zijn werkzaamheid niet nodig is. Maar wie zich niet afsluit zal spoedig bemerken dat speciaal ook voor de huisarts in positief structurerende zin hier heel wat te doen valt.

Ik kan uiteraard in 10 minuten niet alle facet-

ten van dit terrein, waar huisarts, jurist, theoloog en sociaal werker elkaar ontmoeten, bespreken en zal mij dan ook beperken tot die speciale gevallen, waarin na het begaan van een misdrijf de straf een tijdelijke ondertoezichtstelling in reclasseringsverband inhoudt en waarbij de huisarts gevraagd is als toezichthouder op te treden.

Het betreft hier, naar mijn ervaring, slechts een klein aantal patiënten. In de vijftien jaar, waarin ik als huisarts heb gewerkt, heeft zich dit geval elf keer voorgedaan en slechts gedeeltelijk bij patiënten uit de eigen praktijk. Eerst een vraag die ik aanvankelijk zonder aarzeling met ja heb beantwoord: Mag de huisarts wel toezichthouder zijn vooral waar het zijn eigen patiënten betreft? Ik moet bekennen dat mijn eerste ja, nu ongeveer twaalf jaar geleden uitgesproken, op onvoldoende ervaring beruiste. Het toezichthouderschap houdt namelijk in dat men de gestrafte van een justitieel uitgangspunt moet behandelen. Hiervoor is een bepaald andere houding nodig, dan wij meestal hebben. Als huisarts is men immers vooral de genezer in de medisch beperkte zin, verder de helper, de vriend, de begeleider op sociaal en eventueel religieus terrein. Maar als toezichthouder is men als het ware een verlengstuk van de justitie en behoort men te handelen en te denken in justitiële categorieën. Men werkt dan dus meer in beoordelende, structurerende, straffende, eventueel wrekende zin. En hoewel er een overgangsgebied is, is het duidelijk dat in het algemeen deze verschillende functies zoal ooit niet gemakkelijk zijn te combineren.

Nog enkele andere dingen moet ik noemen. Vooreerst de moeilijkheden welke men kan verwachten van de omgeving, wanneer deze weet dat de huisarts de partij kiest van de veroordeelde. Dikwijls immers activeert de daad van de onder-toezicht-gestelde angst en agressie in de omgeving, die collectief met afwijzing en uitstoting wil reageren. Vooral delicten met betrekking tot kleine kinderen of van homoseksuele aard kunnen, ook bij een werkelijk gering vergrijp, al zeer heftige reacties, helaas ook bij de rechters en artsen opwekken. Wie zich dus naast zo'n veroordeelde stelt moet er op rekenen dat hij tevens de omgeving direct of indirect zal moeten behandelen.

Een volgend punt is dat de toezichthouder geduld moet hebben, dat hij inderdaad tijd beschikbaar moet stellen, soms, in perioden, tamelijk veel, bijvoorbeeld twee uur per week gedurende enkele kwartalen, hoewel dit waarschijnlijk een uitzondering zal zijn. Verder moet in de te schrijven kwartaalrapporten verantwoording aan de justitie wor-

* Voordracht, gehouden op het N.H.G.-congres te Utrecht, november 1963.

den afgelegd van wat er gebeurde met de veroordeelde.

En dan de hoofdzaak: Hoe brengt men de gestrafte tot normaal functioneren in de maatschappij en wat moet men doen om deze toestand te stabiliseren? Moet dat door een krachtige houding, soms met bedreiging gebeuren of moet men steeds steun en vertrouwen geven? Of moet men de middenweg bewandelen en hoe leert men deze dingen doseren en variëren? Ik moet erkennen dat ik het niet weet en dat ik hierover geen regel of algemeen advies zou kunnen geven. Het is bij ieder van de toegewezen patiënten weer anders gegaan. Maar ik geloof wel dat door ervaring en vooral ook op den duur door de mislukkingen, meer mogelijkheden zijn ontstaan om in het contact met de ander iets te bereiken. En tenslotte, wanneer de proeftijd na twee of drie jaar voorbij is, kan men zeker niet meteen tevens het contact verbreken. Dit gaat dan meestal nog door, hoewel naar mijn ervaring, van beide kanten met meer afstand. Het is dan niet eens zo eenvoudig meer opnieuw een gewone huisarts-patiëntrelatie te verkrijgen. Men kan zich dat wel voorstellen. Er is een contact geweest, waarin de dokter die dubbele functie in zichzelf heeft verenigd van arts en van toezichthouder, waarbij hij gedeeltelijk toch altijd door de gestrafte als verlengstuk van de justitie moest worden gezien. De conflicten in de patiënt, met zichzelf, met de omgeving en met de rechter zijn op een of andere manier tijdens de periode van de ondertoezichtstelling verwerkt en hierin is de arts-toezichthouder in meer of mindere mate een rol gaan spelen, wisselend in vorm en intensiteit. Maar toch wel zodanig dat men meestal aan het einde van de straftijd niet abrupt de verhouding kan veranderen of beëindigen. Ik heb bijvoorbeeld iemand in de praktijk, wiens proeftijd nu enige jaren voorbij is en die uit zichzelf komt wanneer hij voelt dat hij, wat hij noemt, zwak wordt. Maar bij een andere patiënt is het zo gegaan, dat na de proeftijd deze man met zorg elk gesprek over het gebeurde en wat later, in het door het onder toezichtstelling gedwongen contact, ter sprake is gekomen, ontwijkt. Bij hem is de instelling ontstaan dat hij zijn misdrijf krachtig moet vergeten met mij daarbij. Dit betekent natuurlijk een storende factor in de huisarts-patiëntrelatie.

Ook bij andere patiënten is de zaak na de proeftijd niet zonder meer uit de wereld. Soms kan alleen van een geslaagde revalidatie worden gesproken wanneer, net als bij de beschuttende werkplaats, de omgeving steeds blijft steunen. Ik denk vooral aan de echtgenote of de werkgever. Ook hierbij kan de huisarts stellig een positieve rol spelen door het contact dat hij kan hebben met werkgever, omgeving of andere personen, die voor de patiënt van belang zijn. Sommige gestraften zijn recidivisten, mensen die altijd weer terugvallen, die niet willen en niet kunnen. Echte rampzalige personen, die misschien om zichzelf en om de gemeenschap te beschermen altijd moesten worden afge-

zonderd, zoals vroeger sommige geesteszieken werden afgezonderd in het belang van de maatschappij. Het lijkt mij echter dat hoe beter wij ons met deze mensen bezig houden, hoe minder dit nodig zal zijn.

Een van mijn patiënten is enigszins zo iemand, gelukkig in niet al te ernstige mate. Hij is een fantast, met een matig intelligentiequotiënt en met een zeer lange voorgeschiedenis van kleine en zich telkens herhalende diefstallen.

De voorlaatste keer was hij na vijf maanden en nog drie maanden voorwaardelijk nauwelijks enkele weken vrij of ik werd gewaarschuwd dat hij met een tamelijk fraaie boot achter zich aan langs de Vecht was gekomen. Ik heb hem bij mij laten komen, waarop hij een prachtig verhaal opdiste, dat echt goed en waarschijnlijk in elkaar zat. Ik heb toen mogelijk de fout gemaakt niet geweldig boos of krachtig op te treden. Hoe ook, 's middags werd hij gepakt. Hij kreeg zes maanden met de drie maanden die hij nog tegoed had en een ter beschikkingstelling van de regering in deze periode. Dit betekende dat hij na een straftijd in het Utrechtse huis van bewaring acht maanden in Veenhuizen moest doorbrengen. In samenwerking met de reclasseringsbeambte is in het reclasseringsrapport toch weer het advies verwerkt, na de straf, een proeftijd van drie jaar te geven. De rechter heeft zo ook het vonnis uitgesproken. Hij is nu enige maanden vrij en mogelijk in deze tijd wederom teruggevallen. Hij was namelijk nog geen drie weken aan het werk of hij had alweer een tamelijk mooie bromfiets; veertien dagen later kwam hij in een gammel auto'tje en daarna ging hij in een buitengewoon fraaie auto naar zijn werk. Dat kan natuurlijk niet en ik heb de hele zaak met hem zo uitvoerig mogelijk besproken. Misschien is er een aanwijzing van verbetering, althans verandering in houding en uitwerking ontstaan, want op dit moment ligt hij met een maagzweer in bed, terwijl hij de auto heeft geruild voor een exemplaar dat beter bij hem en de toestand past.

Ik wil niet eindigen zonder nog even op de al eerder genoemde kernvraag in te gaan: Kan en mag de huisarts toezichthouder zijn? Of hij het kan is een persoonlijke kwestie en op den duur ook wellicht een van opleiding. Of hij het mag is een principiële vraag. Moeten niet, evenals bij de behandeling en controle van zieken, de medische en de juridische benaderingen en categorieën principieel gescheiden blijven? Met andere woorden, moet niet juist principieel een ander dan de huisarts toezichthouder zijn, waarbij, meer nog dan met de controlerend geneesheer, het goede contact met de juridische toezichthouder van belang is voor de patiënt? Een scheiding in functie die principieel moet zijn, omdat vooral in extreme gevallen de twee houdingen niet zijn te verenigen, noch voor de arts, noch voor de patiënt-gestrafte: die van de arts, die hoe ook geneest, steunt, helpt, en die van de toezichthouder, die oordeelt en straffen kan.

Toch meen ik dat de beide vragen in sommige gevallen nog met ja mogen worden beantwoord uit medisch en menselijk verantwoordelijkheidsgevoel en ook omdat wij ons in een evolutiefase bevinden, zoals vroeger toen er wél de structuur van de ziektewet, maar nog geen controlerend arts was.

Misschien denkt de rechter meer principieel en heeft hij, vooruitlopende op deze ontwikkeling, dit op de achtergrond van zijn denken, wanneer hij juist de huisarts er buiten houdt, zoals het zo dikwijls lijkt wanneer men een proces van een patiënt volgt. Misschien zijn het negatieve ervaringen of alleen maar geen ervaringen met de mogelijkheden in het huisartsenwerk, misschien ook zijn het de gewoonten en de ontmoedigen in het eigen vak, die de rechter van contact met de huisartsen doet afzien.

Samenvattend zou ik willen stellen dat de huisarts zeker een taak heeft in de revalidatie van hen,

die in meer of minder belangrijke mate met de justitie in aanraking zijn gekomen. Zo niet als toezichthouder dan toch in samenwerking met deze. Juist als huisarts heeft men primair toegang tot de patiënt-gestrafte en zijn omgeving. Hoewel het zeker een extra belasting betekent in de praktijkvoering, is het behalve noodzakelijk ook zeer stimulerend. Het is dan naar drie kanten nuttig: 1 De gestrafte kan als een patiënt naast zijn arts door zijn ervaringen een innerlijke groei doormaken. Hij kan herstellen tot normaal functioneren in de maatschappij; 2 de omgeving kan met behulp van de arts tot beter begrip van en samenwerking met de mens komen en de problemen, die eerst door angst en vooroordeel werden afgewezen, leren aanvaarden; 3 Ook de arts kan door zijn ervaringen met deze mensen en hun lijdensproblematiek tot verbreding van inzicht en tot verdieping van bewustzijn komen.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

63-45. Précautions thérapeutiques chez la femme enceinte. Chassagne, P. (1963) *Presse méd.* 71, 1075.

Bij elke medicamenteuze behandeling van vrouwen in de geslachtsrijpe leeftijd moet men zich bewust zijn van de mogelijkheid een eventueel aanwezige vrucht schade te berokkenen. Medicamenten kunnen door diffusie of door filtratie de placenta passeren. Tijdens het eerste trimester van de zwangerschap dreigen hierdoor verstoring van de zwangerschap en het optreden van misvormingen. Dit kan geschieden door vergiftiging, zoals bijvoorbeeld chinine, als abortivum ingenomen, doofheid teweeg kan brengen, evenals een intensieve behandeling met streptomycine dit kan veroorzaken. Meestal echter is een stofwisselingsstoornis de oorzaak. Men denkt dan onmiddellijk aan de ellende veroorzaakt door het sedativum thalidomide. Uit de vele publikaties over de door deze stof veroorzaakte embryopathie is gebleken, dat vooral de eerste veertig dagen na de bevruchting in deze belangrijk zijn.

Vóór deze geruchtmakende vergiftigingen waren vruchtbeschadigingen bekend geworden door orale antidiabetica door insuline. Men neemt aan, dat hypoglykemie, waarvoor foetussen zeer gevoelig blijken te zijn, hierbij van belang is. Dat ook de cytostatica teratogene werking kunnen vertonen ligt voor de hand. Vooral de folinezuurantagonisten kunnen de dood van de foetus, respectievelijk resorptie of misvormingen, veroorzaken. In de Verenigde Staten is aminopterine met succes als abortivum gebruikt en ook als zodanig misbruikt!

In de latere zwangerschapsmaanden zijn beschadigingen van de vrucht mogelijk door forse doses digitalis; hypokaliëmie kan optreden door het ongecontroleerd toedienen van diuretica; neonatale hemorragieën zijn beschreven door anti-stollings therapie van de moeder. Barbituraten kunnen door de vrucht onvoldoende worden geëlimineerd en zo zijn bloedingen bij pasgeborenen beschreven, toegeschreven aan het gebruik van hoge doses fenobarbital in de laatste zwangerschapsmaanden. Optalidon, een combinatie van barbituraat, amidopyrine en coffeine, was verantwoordelijk voor een dodelijke beenmergplasie van een neonatus. Langwerkende sulfonamiden kunnen kernicterus doen ontstaan. Antibiotica worden goed verdragen; bij massieve behandeling van lues met penicilline zijn dodelijke herxheimerreacties bij het kind beschreven. Bekend is, dat vitamine K niet in de vorm van Menadion

moet worden toegediend, daar dit bij de foetus hemolyse en kernicterus kan veroorzaken. Natuurlijk progesteron is in de zwangerschap ongevaarlijk; de synthetische progestatieve stoffen kunnen de oorzaak zijn van masculinisatie. Corticosteroidenbehandeling van de vrouw kan bijnierinsufficiëntie van de baby teweegbrengen. Schildklierfunctie-remmers kunnen bij neonati krop en passagère hypothyreoidie doen ontstaan. Tijdens de bevalling zijn het de anaesthetica, die foetale anoxie kunnen veroorzaken.

Immunisatie van zwangeren schijnt in het algemeen geen gevaar voor de vrucht op te leveren. In streken met veel naveltetanus heeft men zelfs succes geboekt door immunisatie van alle zwangeren. Vaccinatie met levend virus kan een virale embryopathie doen ontstaan, zodat pokkenvaccinatie als regel moet worden uitgesteld tot na de bevalling.

Röntgenstralen zijn voor foetussen zeer gevaarlijk. Er kunnen mutaties worden opgewekt door inwerking op de gonaden. Het optreden van bloeddyscrasieën en neoplasmata bij kinderen door bestraling van de moeder tijdens de graviditeit staat niet vast. Misvormingen van de vrucht na bestraling van de moeder kunnen zeker ontstaan. Bestraling in de eerste zwangerschapsweek kan de dood van de vrucht ten gevolge hebben, terwijl tussen de tweede en zevende week misvormingen kunnen optreden. Daarna lopen vooral het zenuwstelsel en de genitaliën gevaar. De stralendosis is uiteraard van belang; honderd röntgen geeft zeker afwijkingen. Het schijnt verstandig vrouwen in de produktieve fase in de eerste twee weken na de eerste dag van de menstruatie te röntgenen. Bij zwangeren mag geen röntgenonderzoek plaats grijpen, behalve in noodgevallen en op het einde van de zwangerschap bij verloskundige moeilijkheden. N. Bessem

64-5r. Mortaliteit door aangeboren afwijkingen 1950-1961. Centraal Bureau voor de Statistiek, Uitgeverij W. de Haan n.v., Zeist, 1963.

De belangstelling voor het probleem van de aangeboren misvormingen is in de laatste decennia toegenomen. Naast de in het algemeen gestegen interesse voor statistisch bewerkte medische gegevens, hebben drie gebeurtenissen een bijzondere stimulans uitgeoefend. In 1941 toonde Gregg het verband aan tussen rubеоla gedurende de graviditeit en aangeboren mis-