

FREE CLINIC VZW

MODUS VIVENDI ASBL

UNIVERSITÉ LIBRE BRUXELLES, ECOLE DES SCIENCES CRIMINOLOGIQUES LÉON CORNIL

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE LOUVAIN, DÉPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE ET DE DROIT PÉNAL

# GEZONDHEID EN DRUGGEBRUIK IN HET PENITENTIAIR MILIEU

*Epidemiologisch Instrument:  
Methodologische Voorstellen*

WILLY DE MAERE  
FABIENNE HARIGA  
FRÉDERIQUE BARTHOLEYNS  
MARK VANDERVEKEN

Onder leiding van :

Sven TODTS  
Philippe MARY  
Dan KAMINSKI

*SYNTHESE OP BASIS VAN HET ONDERZOEKSRAPPORT VAN MAART 2000, UITGEVOERD IN OPDRACHT  
VAN DE FEDERALE DIENSTEN VOOR WETENSCHAPPELIJKE, TECHNISCHE EN CULTURELE  
AANGELEGENHEDEN*

# Dankwoord

Dit onderzoek had nooit het daglicht gezien zonder de bereidwillige hulp van velen. De onderzoeksploeg wil dan ook, via deze weg, zijn dank betonen aan:

- alle leden van het begeleidingscomité van DWTC voor hun suggesties
- alle internationale en nationale experts op wiens advies en ondersteuning we konden rekenen
- alle geconsulteerde personen van het Directoraat-generaal Strafinrichtingen voor hun bereidwillige medewerking
- de personeelsleden van de bezochte penitentiaire instellingen voor de faciliteiten die het ons verleende om het onderzoek uit te voeren
- ...en, last but not least, alle gedetineerden en ex-gedetineerden, druggebruikers of niet, zonder wiens deelname er nooit een onderzoeksrapport was geweest.

*Dit onderzoeksrapport is een gezamenlijk werk van:*

## **FREE CLINIC VZW**

Promotor : Dr.Sven Todts

Onderzoekers : Willy De Maere, Dr. Cathy Mathei, Sandra Kerremans,  
Annemie Van Cauwenberghe

## **MODUS VIVENDI ASBL**

Onderzoekers : Dr. Fabienne Hariga, Laurence Przylucki, Sergio Carboni,  
Renaud Quoidbach

## **UNIVERSITE LIBRE BRUXELLES**

### **ECOLE DES SCIENCES CRIMINOLOGIQUES LEON CORNIL**

Promotor : Prof. Philippe Mary

Onderzoeker : Frédérique Bartholeyns

## **UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN**

### **DEPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE ET DE DROIT PENAL**

Promotor : Prof. Dan Kaminsky

Onderzoeker :Dr. Mark Vanderveken

<u>1</u>	<u>ALGEMENE INLEIDING</u> .....	1
<u>2</u>	<u>DRIE PARAMETERS : DRUGGEBRUIK EN GERELATEERDE RISICOFACTOREN / GEZONDHEIDSTOESTAND / OMGEVINGSFACTOREN</u> .....	5
2.1	<u>DRUGGEBRUIK EN GERELATEERDE RISICOFACTOREN</u> .....	5
2.1.1	<u>Motivatie voor gebruik : de waarde die de gedetineerde hecht aan gebruik</u> .....	5
2.1.2	<u>Initiatie tot gebruik</u> .....	6
2.1.3	<u>Herval / Stoppen</u> .....	6
2.1.4	<u>De gebruiksmodellen</u> .....	7
2.2	<u>GEZONDHEIDSTOESTAND</u> .....	10
2.2.1	<u>De gezondheid van opgesloten personen : armoede en slechte gezondheid</u> .....	10
2.2.2	<u>HIV/Aids infecties</u> .....	10
2.2.3	<u>Hepatitis B en C</u> .....	11
2.2.4	<u>Tuberculose</u> .....	11
2.2.5	<u>Sexueel overdraagbare aandoeningen (SOA's)</u> .....	12
2.2.6	<u>Zelfmoord en zelfverminking</u> .....	12
2.3	<u>Omgevingsfactoren</u> .....	13
<u>3</u>	<u>HET EPIDEMIOLOGISCH INSTRUMENT</u> .....	17
3.1	<u>INLEIDING</u> .....	17
3.2	<u>STRUCTUUR EN INHOUD VAN HET INSTRUMENT</u> .....	18
3.2.1	<u>EEN INSTRUMENT, DRIE GEGEVENSBRONNEN</u> .....	18
3.2.2	<u>Eerste gegevensbron : DE GEDETINEERDEN</u> .....	20
3.2.3	<u>Tweede gegevensbron : DE MEDISCHE DIENST</u> .....	25
3.2.4	<u>Derde gegevensbron : DE ADMINISTRATIEVE DIRECTIE</u> .....	29
3.3	<u>INVOER VAN HET INSTRUMENT</u> .....	30
3.3.1	<u>SELECTIE VAN DE INRICHTINGEN</u> .....	30
3.3.2	<u>INFORMATIEBRON</u> .....	31
3.3.3	<u>SELECTIE VAN DE RESPONDENTEN</u> .....	31
3.3.4	<u>TYPE VAN GEGEVENS</u> .....	32
3.3.5	<u>FREQUENTIE VAN AFNAME</u> .....	32
3.3.6	<u>Modaliteiten m.b.t. de afname</u> .....	32
3.4	<u>BEHANDELING VAN DE GEGEVENS</u> .....	34
3.4.1	<u>AANTAL VRAGENLIJSTEN DIE MOETEN BEHANDELD WORDEN</u> .....	34
3.4.2	<u>WIJZE VAN INVOER EN VERWERKING</u> .....	34
3.4.3	<u>INTEGRATIE EN INTERPRETATIE VAN DE GEGEVENS</u> .....	35
3.5	<u>Verspreiding van de resultaten</u> .....	35
<u>4</u>	<u>BESLUITEN EN AANBEVELINGEN</u> .....	37
<u>5</u>	<u>BIJLAGEN</u> .....	39
5.1	<u>BIJLAGE 1 : Vragenlijst over risicofactoren (deel « GEDETINEERDEN » van het instrument)</u> .....	39
5.2	<u>Bijlage 2 : Vragenlijst GHQ 12 (deel « GEDETINEERDEN »)</u> .....	47
5.3	<u>Bijlage 3: Vragenlijst gericht aan de medische directie van de inrichting (deel "MEDISCHE DIENST" van het instrument)</u> .....	50
5.4	<u>Bijlage 4: Vragenlijst gericht aan de directie van de inrichting (deel "ADMINISTRATIEVE DIRECTIE" van het instrument)</u> .....	54
<u>6</u>	<u>Bibliografie</u> .....	59



# 1 ALGEMENE INLEIDING

Dit rapport stelt een globaal epidemiologisch instrument voor, dat toelaat om de gezondheidsproblematiek en het gebruik van psychotropen te begrijpen zoals ze zich voordoen op het niveau van de gevangenispopulatie.

Dit epidemiologisch instrument heeft als uiteindelijke doelstelling de verbetering van de gezondheid van de gedetineerden, en in extenso deze van het personeel, in de penitentiaire inrichtingen.

Dit rapport richt zich naar diegenen die kennis wensen te nemen van de algemene structuur van het instrument, de verschillende aspecten die door elk van de drie luiken omvat worden, de vragenlijsten en de indicaties voor de toepassing, de analyse en de verspreiding van de resultaten.

---

Dit epidemiologisch instrument is het resultaat van onderzoeken en enquêtes die deel uitmaken van opdrachten die door de Federale Diensten voor Wetenschappelijke Technische en Culturele Aangelegenheden (DWTC) worden uitbesteed.

In dit kader werd door DWTC een oproep gelanceerd om voorstellen in te dienen voor een studie betreffende het op punt stellen van een instrument voor epidemiologisch onderzoek inzake het druggebruik en het risicogedrag vòòr, tijdens en na detentie.

Twee onderzoeksprojecten werden door DWTC weerhouden : dat van Free Clinic en van haar partner, Modus Vivendi, en dat van de Université Libre de Bruxelles en de Université Catholique de Louvain. Na fusie van de twee oorspronkelijk weerhouden voorstellen werd het onderzoek gedurende één jaar uitgevoerd door negen onderzoekers.

Voor meer uitgebreide informatie verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar het globale rapport dat ter beschikking ligt bij DWTC.<sup>1</sup> Aangezien het voorliggende rapport zich richt op de operationele aspecten van het epidemiologisch onderzoeksinstrument, zijn er kleine verschillen in voorstelling vergeleken met die van het globale rapport.

---

<sup>1</sup> DWTC , Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden.

Het globale rapport bestaat uit volgende delen :

- het deel "**Methodologie : het verloop van het onderzoek**" dat het onderzoeksproces schetst
- "**Enkele specificaties van de gevangenispopulatie**", met aandacht voor sociaal-democratische karakteristieken, de overrepresentatie van druggebruikers en het gezondheidsprofiel
- "**De relaties in de gevangenis en de aanwezigheid van drugs**" geeft een voorstelling van de manier waarop relaties tussen de penitentiaire actoren worden aangegaan, waarbij ook de drughandel aan bod komt, evenals de verschillende verschijningsvormen van geweld
- "**Het penitentiair beleid**" waarin de strijd tegen het druggebruik (detectie en sancties), het regime, behandeling en preventieaspecten zijn terug te vinden
- vervolgens wordt de aandacht specifiek toegespitst op "**Druggebruik en risicogedrag in de gevangenis**"
- de uiteindelijke doelstelling van het onderzoek was de "**Ontwikkeling van een epidemiologisch instrument**". Het is van belang hierbij op te merken dat het volledige instrument niet kon getest worden, gezien de korte tijd die aan het onderzoek werd gegeven. Enkel het eerste luik, namelijk een vragenlijst gericht naar gedetineerden werd onderworpen aan een pretest. De resultaten hiervan worden eveneens in dit deel weergegeven.
- het onderzoeksrapport besluit met een aantal "**Aanbevelingen**" zowel voor gerichte follow-up met betrekking tot het epidemiologisch instrument, als wat betreft de penitentiaire drugpolitiek

---

De onderzoeksploeg heeft meerdere gemeenschappelijke uitgangspunten benadrukt.

Het huidig onderzoek situeert zich exclusief in het kader van de gezondheidsproblematiek in de gevangenis. Om deze invalshoek te vrijwaren, en om een optimale kwaliteit van de verzamelde gegevens te garanderen, heeft het onderzoeksteam als *conditio sine qua non* voor het realiseren van de studie gesteld dat het epidemiologisch instrument niet zou worden beheerd door de gebruiker ervan (met name de penitentiaire administratie) en dat de bekomen gegevens vertrouwelijk zouden blijven.

Het gaat hier over het op punt stellen van een instrument dat moet toelaten om de prevalentie na te gaan van druggebruik en het daarmee samenhangend risicogedrag, wat moet leiden tot een adequate gezondheidspolitiek m.b.t. de drugproblematiek. Het onderzoeksteam heeft van bij het begin aangegeven dat de mate van prevalentie vóór of na de detentie niet kon worden

aangegeven, dit in tegenstelling tot wat de aanbesteding vermeldt. Daartegenover staat dat die prevalentie wél kan worden gemeten bij het begin en op het einde van de hechtenis, zodanig dat het "effect" van een verblijf in de gevangenis kan worden gemeten.

Zoals gesteld wordt in het eerste principe van de inleiding van de Charter van de Wereld Gezondheids Organisatie (WGO) is "gezondheid de toestand van algeheel fysisch, mentaal en sociaal welbevinden, en bestaat ze niet enkel uit de afwezigheid van ziekte of gebrek"<sup>2</sup>. Gebaseerd op dat principe hebben de onderzoekers een ruime zienswijze gehanteerd op wat een epidemiologisch instrument met betrekking tot het druggebruik in de gevangenis kan zijn. Op die wijze kan rekening gehouden worden met het geheel van parameters die een invloed kunnen hebben op de gezondheidstoestand in de gevangenis. Inderdaad, vermits de epidemiologie tot doel heeft om de gezondheidstoestand van een welbepaalde groep te verbeteren, was het passend om zich niet te beperken tot het eigenlijke druggebruik zelf en de daaruit voortvloeiende risico's, maar eveneens aandacht te schenken aan de factoren gezondheid en "sociaal klimaat", d.w.z. aan de variabelen die samenhangen met de institutionele context. Met andere woorden, vermits de gevangenis een milieu is waar een zeker aantal risico's in verband met de gezondheid bestaan -en waarbij het druggebruik maar één risico is naast anderen - leek het verstandig om de zaken in een breder perspectief te plaatsen door eveneens de organisatiemodaliteiten van het gevangeniswezen te onderzoeken, modaliteiten die eveneens factoren zijn die de gezondheidstoestand van de gedetineerden beïnvloeden.

---

Tenslotte lijkt het ons belangrijk om hier twee concepten te verduidelijken die gebruikt werden door het onderzoeksteam.

In dit onderzoeksrapport gebruiken we de term "**druggebruikers**" omdat het begrip "toxicomaan" geen precieze definitie heeft. Zowel in uiteenzettingen als in de literatuur, kunnen de concepten "drugs", "gebruiker", "toxicomaan"<sup>3</sup> een totaal verschillende inhoud hebben naargelang wie ze gebruikt. Wanneer we praten over "druggebruiker" in dit rapport bedoelen we alleen maar "een persoon die drugs gebruikt", onafhankelijk of hij een afhankelijkheidsprobleem heeft, een occasionele gebruiker is of niet, illegale producten gebruikt of niet.

Dit onderzoek heeft zich in de eerste plaats gericht op de problematiek van zogenaamde **illegale drugs**. Een verenging die werd ingegeven door de beperkte middelen, zowel in tijd als financieel. Gezien echter het feit dat het bestaande verschil tussen illegale middelen (zoals ze zijn opgenomen in de bijlage van de Conventie van de Verenigde Naties) en andere

---

<sup>2</sup> Charter van de WGO., (1948) 14 *R.T.N.U.* 185, geciteerd door DAVID, E. ; "Le droit à la santé comme droit de la personne humaine", *Rev. Québécoise dr.intern.*, 1985, p. 63. Het tweede principe stelt dat "het beschikken over de best mogelijke gezondheidstoestand (...) één van de fundamentele rechten van elk menselijk wezen is".

<sup>3</sup> KAMINSKI, D. ; « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviance et Société*, 1990, vol. 14, n°2, p.179-196



psychotrope substanties (vooral deze die afhankelijkheid kunnen veroorzaken zoals tabak, alcohol en bepaalde frequent voorgeschreven medicatie) hoe langer hoe meer vervaagt, lijkt het ons noodzakelijk om dieper in te gaan op de problematiek van deze zogenaamde psychotrope substanties. Het verdient dan ook aanbeveling dat men het geheel van psychotrope middelen zou beschouwen, zonder zich toe te spitsen op één deel van deze producten, namelijk deze met een illegaal karakter. Zoals reeds gemeld was dit echter niet mogelijk in de context van dit onderzoek, zij het dat in de marge wel aandacht werd besteed aan alcohol en medicatiegebruik binnen detentie.

## **2 DRIE PARAMETERS : DRUGGEBRUIK EN GERELATEERDE RISICOFACTOREN / GEZONDHEIDSTOESTAND / OMGEVINGSFACTOREN**

Het globale epidemiologisch onderzoeksinstrument werd ontwikkeld op basis van een voorbereidende fase waarin drie aspecten aan bod kwamen. Ten eerste, een (inter)nationale literatuurstudie. Ten tweede, interviews met nationale en internationale experts en deelname van de onderzoekers aan conferenties en congressen die betrekking hadden op deze materie. En, ten derde, een pre-enquête. Deze pre-enquête bestond uit de afname en verwerking van semi-gestructureerde interviews bij volgende groepen : gedetineerden, ex-gedetineerden, bewaarders en medisch personeel uit penitentiaire inrichtingen.

Op basis van de verkregen informatie konden drie parameters weerhouden worden die in dit kader, namelijk het verbeteren van de gezondheidstoestand van een welbepaalde groep, een invloed hebben, namelijk: het eigenlijke druggebruik en de daaruit voortvloeiende risico's, de gezondheidstoestand en de omgevingsfactoren (d.w.z. variabelen die samenhangen met de institutionele context).

Zij worden hieronder kort samengevat.<sup>4</sup>

### **2.1 DRUGGEBRUIK EN GERELATEERDE RISICOFACTOREN**

#### **2.1.1 MOTIVATIE VOOR GEBRUIK : DE WAARDE DIE DE GEDETINEERDE HECHT AAN GEBRUIK.**

Er kunnen verschillende factoren weerhouden worden die door de gedetineerden aangehaald worden om hun druggebruik in de gevangenis te verantwoorden :

- voor sommigen is druggebruik een 'levenswijze'. Gebruik wordt beleefd als onvermijdelijk en noodzakelijk
- verveling : wordt aangehaald als één van de belangrijkste factoren. Druggebruik ("het in een roes verkeren") laat de tijd voorbij gaan en vermindert de verveling
- druggebruik is een goede manier om te kunnen omgaan met de specifieke eisen van het (harde) leven in de gevangenis. Men gebruikt alles wat beschikbaar is; politoxicomanie

---

<sup>4</sup> Voor een meer uitgebreide analyse van deze parameters verwijzen we naar het globale rapport

is dan ook geen onbekend verschijnsel in detentie. Wat wordt bevestigd in een Franse studie <sup>5</sup>

- crisissituaties (slecht nieuws, geweld, rechtsspraak..) zijn een extra risicofactor
- het tegen gaan van onthoudingsverschijnselen, met nadruk op langdurige slaapstoornissen (bijvoorbeeld bij opiatenonthouding). Een Engelse studie bevestigt dit <sup>6</sup>.

## 2.1.2 INITIATIE TOT GEBRUIK

Detentie vormt een reëel risico om hetzij vrijwillig, hetzij gedwongen te beginnen met druggebruik. Druggebruik wordt beleefd als een manier om gemakkelijker met het gevangenisregime om te gaan. Ofschoon wordt aangenomen dat ongeveer 10% van de niet-gebruikende gedetineerden gebruikers worden in de gevangenis, kon dit niet bevestigd worden wegens gebrek aan onderzoeksgegevens. De enige concrete verwijzing betrof een onderzoek in Malta <sup>7</sup> : op een gevangenispopulatie van 240 veronderstelde men dat 12 gedetineerden (5%) voor het eerste drugs gebruikt hadden in detentie.

## 2.1.3 HERVAL / STOPPEN

Herval in de gevangenis is geen onbekend fenomeen zowel bij ex-gebruikers die een medicamenteuze substitutiebehandeling (bijvoorbeeld methadon) volgen, als bij diegenen zonder behandeling. Het tegen gaan van onthoudingsverschijnselen (bij het stop zetten van de behandeling) als het beter kunnen omgaan met het gevangenisregime worden hierbij ook als reden geciteerd.

Desalniettemin beschouwen sommige gedetineerde druggebruikers de gevangenis als een goede omgeving om hun gebruik stop te zetten, of, tenminste, een time-out te hebben van hun drug georiënteerde levensstijl die ze hebben buiten detentie. Zowel emotionele (o.a. schuldgevoelens, een 'nieuw' leven willen) als economische (gebrek aan financiële middelen om drugs te kopen) worden daarbij geciteerd als motivatie om te stoppen.

---

<sup>5</sup> FRENCH Report, RESSCOM survey, Group of experts in epidemiology of drug problems – drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg 30 september 1999, page 9

<sup>6</sup> TURNBULL P., STIMSON G., STILLWELL G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994

<sup>7</sup> MALTA Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999, p. 6

Hoe gemotiveerd ook, een volledige abstinentie lijkt vrij moeilijk in een gevangenissetting. De beschikbaarheid van producten en het ontbreken van gerichte medische en psychosociale ondersteuning voor verslaafden bemoeilijkt het abstinentiemodel<sup>8</sup>.

## 2.1.4 DE GEBRUIKSMODELLEN

### 2.1.4.1 *Welke drugs*

Cannabisproducten zijn de meest gebruikte drugs in een penitentiaire setting (« de beste gevangenisdrug »), waarbij het gebruik eerder gelieërd is aan plaatselijke regimefactoren.<sup>9 10 11 12 13</sup> Zo daalde in Engeland, sinds de invoering van de Mandatory Drug Testing (MDT) het cannabisgebruik in de gevangenis (gezien de lange detectietijd in de urine). Anderzijds toonde onderzoek wel een verschuiving vast naar hardere producten (heroïne) met een kortere detectietijd.<sup>14 15</sup>

« Downers » (zoals heroïne en benzodiazepines) blijven populair, al zijn er indicaties dat ook « uppers » (cocaine, amfetamines), net zoals in de buitenwereld, aan een opmars bezig zijn in detentie.

Medicatiemisbruik blijft een belangrijk aandachtspunt en kan leiden tot een extra verslaving.

Problematische druggebruikers en dan vooral intraveneuze gebruikers zijn meer geneigd tot veel en gediversifieerd gebruik in detentie.

---

<sup>8</sup> TURNBULL P., STIMSON G., STILLWELL G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994

<sup>9</sup> TURNBULL P., STIMSON G., STILLWELL, G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.

<sup>10</sup> ROTILY M., French Report : Group of experts in epidemiology of drug of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg 30 september 1999.

<sup>11</sup> BIELEMAN B., LAAN R. van der; Stok achter de deur; onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden; Bureau Intraval, Groningen, 1999.

<sup>12</sup> VAN MOL F., LAUWERS N.; Drogues et Prisons. La réalité pénitentiaire en matière de drogues. Actes de la journée d'étude du 22 avril 1994. Présence et Action culturelles.

<sup>13</sup> DUTCH Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg 30 september 1999, p. 19.

<sup>14</sup> ENGLAND and WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 september 1999, p. 3.

<sup>15</sup> O'MAHONEY, P.; Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile, Department of Justice, 1997.

### **2.1.4.2 Frequentie van gebruik en de gebruikte hoeveelheden**

Er zijn weinig tot geen onderzoeksgegevens beschikbaar die duiding geven over de frequentie van gebruik. Resultaten uit Engeland <sup>16</sup> stemmen overeen met indicaties uit de interviews. Met name , de meeste drugs zijn regelmatig aanwezig maar het individuele niveau van gebruik ligt lager dan in de buitenwereld.

De beschikbaarheid van producten is uiteraard een determinerende factor voor het gebruik. In huizen van arrest is de beschikbaarheid meer afhankelijk van individuele factoren wegens ontstentenis van georganiseerde netwerken van drughandel, maar is het aantal gedetineerde druggebruikers meestal hoger dan in strafinrichtingen waardoor de beschikbaarheid weer verhoogd wordt.

Dat de individuele gebruiksfrequentie lager ligt wordt overwegend toegeschreven aan economische factoren, namelijk niet genoeg geld om een constant gebruik te financieren.

Niet alleen de individuele gebruiksfrequentie ligt blijkbaar lager, maar, uit de interviews blijkt dat er eveneens meer economisch wordt omgesprongen met de eigen voorraad.

Dit principe wordt echter steeds afgewogen tegenover de kans op detectie. In een gevangenisregime waar sterke nadruk ligt op de strijd tegen de drugs (via de verschillende systemen van fouilleren, ...) is het voor de gebruiker balanceren tussen economisch gebruiken en de kans op betrapping. Paradoxaal genoeg betekent dit dat de kans op een overdosis verhoogt in een instelling waar stringente controle is, bijvoorbeeld wanneer een gebruiker uit schrik voor detectie, een nieuwe voorraad heroïne snel moet opgebruiken na een periode van onthouding.

### **2.1.4.3 Gebruikswijzen**

Roken, inhaleren en slikken zijn de meest gebruikte manieren van druggebruik in de gevangenis. De frequentie van het injecteren van drugs is lager dan in de buitenwereld.

Roken is de meest populaire vorm van gebruik, wat logisch is aangezien cannabis de meest gebruikte gevangenisdrug is.

Het gebruik van heroïne gebeurt overwegend via roken (namelijk via 'chinezen': het roken op een aluminiumfolie en de dampen inhaleren).

Cocainegebruik gebeurt meestal via snuiven, al wordt er ook uitzonderlijk melding gemaakt van roken.

---

<sup>16</sup> ENGLAND and WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 september 1999, pag.4

Voor amfetamines (speed) is snuiven de meest gepraktiseerde gebruikswijze.

In de uitzonderlijke gevallen dat ecstasy, LSD en andere tripmiddelen vermeld werden gebeurde het gebruik altijd via orale weg, net zoals voor de medicatie trouwens.

Samenvattend kan gezegd worden dat de manieren van druggebruik in detentie over het algemeen minder risicovol zijn op het vlak van gezondheid en, meer specifiek m.b.t. de bloedbesmettelijke aandoeningen, gezien de lagere frequentie van injecteren.

Deze conclusie wordt in andere Europese landen bevestigd.<sup>17</sup>

Ofschoon de injecteerfrequentie lager ligt in detentie dan in de buitenwereld betekent dit niet dat er niet gespoten wordt in de gevangenis. Een studie in vijf landen van de Europese Gemeenschap toonde aan dat 48% van de IVD's zich ook in de gevangenis hadden geïnjecteerd en dat het delen van materiaal tussen 50% en 76% van de gevallen voorkwam<sup>18</sup>. 10% injecteerde voor de eerste keer tijdens detentie.

#### **2.1.4.4 Overdosis (OD)**

De kans op een overdosis is wel degelijk aanwezig in een penitentiaire setting. Een aantal risicofactoren voor een OD zijn vergelijkbaar met deze in de buitenwereld, zoals de grote verschillen in kwaliteit en het mixen van verschillende middelen ('cocktails'). Andere OD elementen die ook in de buitenwereld kunnen voorkomen worden nog verscherpt in een penitentiaire setting, zoals gebruik van bepaalde drugs (vooral opiaten) na een (lange) periode van onthouding en gehaast gebruik (uit schrik voor detectie). Het feit dat detentie door velen als erg stresserend wordt beleefd, verhoogt de kans op suïcidaal gedrag onder de vorm van een OD.

Eén van de grootste risico's op een overdosis ligt blijkbaar ook besloten in de periode onmiddellijk na vrijlating of tijdens een (eerste) penitentiair verlof. Een recente Schotse studie<sup>19</sup> toonde aan dat het mortaliteitscijfer na vrijlating zeer hoog is en meestal een gevolg van een overdosis.

---

<sup>17</sup> ENGLAND and WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999; MUSCAT R., MALTA Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999; BIRD A. G. , GORE S.M, JOLLIFFE D.W., BURNS S.M.; Second Anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh; AIDS vol. 7, No. 9, 1993

<sup>18</sup> WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS prevention in Prisons, Final Report, February 1997.

<sup>19</sup> GORE & al., in 1998 geciteerd door WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS prevention in Prisons, 2nd Annual Report, may 1998, p. 179.

## 2.2 GEZONDHEIDSTOESTAND

### 2.2.1 DE GEZONDHEID VAN OPGESLOTEN PERSONEN : ARMOEDE EN SLECHTE GEZONDHEID

Het lage sociaal-economische niveau van de gedetineerden, hun lage scholingsgraad en de vaak belabberde psychische toestand waarin ze zich bevinden, verklaren de hogere prevalentie van "sociale" ziekten zoals alcoholverslaving en tuberculose. Bovendien zijn druggebruikers - en vooral dan gebruikers van opiaten - vaak lichamelijk verzwakt.

In 1997 werd in Frankrijk een studie uitgevoerd bij pas opgenomen gedetineerden, en daaruit blijkt dat bijna één op drie gedetineerden verschillende producten op een risicovolle manier gebruikte (alcohol, tabak, drugs, psychotrope middelen). 10% moest psychiatrisch behandeld worden<sup>20</sup>. Van een kwart van de gedetineerden werd de algemene gezondheidstoestand bij de opname als matig of slecht beschouwd.

Bij één vijfde van de gedetineerden moest, omwille van hun gezondheidstoestand, bij de opname minstens één gespecialiseerd medisch onderzoek gebeuren en 6.5% verklaarde seropositief te zijn voor HIV en/of hepatitis B en/of hepatitis C.

Deze al bij de opname verzwakte gezondheidstoestand kan nog achteruitgaan door de opsluiting en de vaak pathogene omstandigheden in de gevangenis en door het feit van de overrepresentatie van groepen met een hoog risico zoals intraveneuze druggebruikers.

De gezondheidsproblemen die voorkomen in de gevangenis zijn zwaar en onder deze vermelden we alcoholisme en andere verslavingen, trauma's, epidemies van luizen en andere parasieten, tandproblemen HIV infecties, hepatitis B en C, tuberculose, geestesstoornissen, zelfmoorden, zelfmoordpogingen, zelfverminking en overdosissen.

### 2.2.2 HIV/AIDS INFECTIES

De prevalentie van HIV besmetting in de Belgische gevangenissen is ongeveer tien keer hoger dan onder de globale bevolking. In 1997 werd door de gezondheidsdiensten van de penitentiaire administratie deze prevalentie geschat op 2%.<sup>21</sup> De enquête die uitgevoerd werd in 14 penitentiaire inrichtingen (met uitsluiting van de patiënten in het Medisch centrum van Sint Gillis) toonde een prevalentie van HIV infectie van 0,84% bij de mannen en van 1,68% bij de vrouwen.<sup>22</sup> Men mag dus het daggemiddelde van met Aids besmette gedetineerden schatten

---

<sup>20</sup> MOUQUET MC., DUMONT M., BONNEVIE MC. ; La santé à l'entrée en prison: un cumul des facteurs de risque. Paris, DREES. Etudes et Résultats. Nr.4. Januari 1999.

<sup>21</sup> Van Mol. Enquête van het European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prison

<sup>22</sup> IDEWE; De prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België, onderzoeksrapport, mei 1994

op 60 tot 85. Die gedetineerden behoren tot een populatiecategorie die een relatief korte straf uitzitten; het totale aantal HIV seropositieve gevangenen bedraagt waarschijnlijk het dubbele.

### 2.2.3 HEPATITIS B EN C

De populatie van intraveneuze gebruikers is een populatie met een bijzonder hoog risico voor besmetting met hepatitis B (HBV) en vooral hepatitis C (HCV).

Een studie die uitgevoerd werd in de gevangenis van Antwerpen gaf een prevalentie van 20% voor hepatitis B.<sup>23</sup> Twee studies bij intraveneuze druggebruikers in de gevangenis uit 1997 gaven een prevalentie voor HCV van respectievelijk 64%<sup>24</sup> en 39% op basis van een speekseltest<sup>25 26</sup>

De seroprevalentie van virale hepatitis in de Belgische gevangenissen is tenminste vijf keer groter dan die voor de totaliteit van de bevolking. De situatie is zonder twijfel erger in de Brusselse arresthuizen en voor wat betreft de prevalentie van hepatitis C, zou die percentages kunnen bereiken die vergelijkbaar zijn met die van andere Europese landen, hetzij tussen 20% en 30%, of 20 tot 30 keer hoger dan de nationale prevalentie.

### 2.2.4 TUBERCULOSE

In 1998 voerde FARES bij 4.128 gevangenen een opsporingstest uit. Daarbij werden 2 gevallen van TBC ontdekt, wat overeenkomt met een opsporingsgraad van 50/100.000, bijna vier keer hoger dan de overeenkomstige opsporingsgraad bij de algemene populatie. De FARES besloot al in haar rapport in 1992<sup>27</sup> dat tuberculose in het gevangenis milieu een volksgezondheid probleem was.

In 1992 voerde S. Todts<sup>28</sup> een onderzoek uit in de gevangenis van Antwerpen waaruit bleek dat de prevalentie van TBC 436/100.000 bedroeg. Het conversiepercentage van de tuberculinetest

---

<sup>23</sup> TODTS S., FONCK K., DRIESEN K., UYDEBROUCK M., VRANCKX R., VERCAUTEREN G., VAN MOL F., COLEBUNDERS R.; Tuberculosis, HIV, Hepatitis and risk behaviour in a Belgian Prison, Arch. Public Health, october 1997, (5), 87-97

<sup>24</sup> DONOT J.; persoonlijke mededeling

<sup>25</sup> EUROPEAN NETWORK ON HIV/AIDS AND HEPATITIS PREVENTION IN PRISONS, *2<sup>nd</sup> Annual Report* : mei 1998, Bonn-Marseille, 1999

<sup>26</sup> de gevoeligheid van de speekseltest is zwak en men kan veronderstellen dat de resultaten met minimum 30% ondergewaardeerd zijn .

<sup>27</sup> Bron: Pilotstudie: Dépistage de la Tuberculose Dans les Prisons De La Communauté Française de Belgique. FARES, 1992.,

<sup>28</sup> TODTS S., FONCK K., DRIESEN K., UYDEBROUCK M., VRANCKX R. VERCAUTEREN G., VAN MOL F., COLEBUNDERS R.; Tuberculosis, HIV, Hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. Arch Public Health, 1997 (5), 87-97.



bij Belgische gedetineerden onder de 25 jaar bedroeg 23%, 10 keer hoger dan het nationale gemiddelde voor dezelfde leeftijdsgroep.

De detectiegraad van tuberculose ligt dus 5 à 10 keer hoger in de gevangenis dan bij de algemene populatie. De overbevolking in de gevangenissen, de slechte hygiëne, het feit dat er bij de opname geen systematische opsporing gebeurt, het hogere percentage HIV positieven en intraveneuze gebruikers zijn stuk voor stuk factoren die tot een niet te verwaarlozen kans op besmetting leiden, zowel bij het gevangenis personeel als bij de gedetineerden.

## **2.2.5 SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN (SOA'S)**

In 1992 werd in 14 strafinstellingen een studie uitgevoerd waarbij de prevalentie van SOA's werd gemeten. Daaruit bleek dat de prevalentie van de genitale infecties 1.70% (0,96-2,44) bedroeg, een percentage dat drie keer hoger lag dan bij de algemene populatie. Bij de gedetineerden bedroeg de prevalentie 3.38%<sup>29</sup>.

## **2.2.6 ZELFMOORD EN ZELFVERMINKING**

In 1998 werden in totaal 29 zelfmoorden gemeld, wat voor de gevangenispopulatie een prevalentie oplevert van 368.9/100.000, terwijl die in 1994 bij de algemene populatie<sup>30</sup> 21.07/100.000 bedroeg en bij mannen 31.19/100.000. Bij een standaardisatie voor de leeftijd zou dit verschil nog hoger liggen. Toch blijkt uit deze cijfers dat de mortaliteit door zelfmoord in de gevangenis minstens 11 keer hoger ligt dan bij de algemene populatie.

De bovenstaande uiteenzetting heeft aangetoond dat de gevangenisbevolking vooral op hygiënisch vlak benadeeld is, en dat de opsluiting aanleiding geeft tot een verdere verslechtering van de gezondheidssituatie. Deze factor wordt nog verzwaaard door het aspect overbevolking in penitentiaire instellingen. Dergelijke vaststelling laat ons toe een voorstelling te maken van de moeilijkheden waarmee de penitentiaire administratie geconfronteerd wordt om zich over deze mensen te ontfemen en het nut in te zien om een epidemiologisch instrument te ontwikkelen inzake druggebruik en risicogedrag.

---

<sup>29</sup> IDEWE; De Prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België. Onderzoeksrapport; 1994.

<sup>30</sup> bron: WIV – Louis Pasteur.

## 2.3 OMGEVINGSFACTOREN

De aandacht kan gevestigd worden op talrijke factoren die gelieërd zijn aan de omgeving, en die zowel de gezondheidstoestand als het druggebruik beïnvloeden.

De belangrijkste werden hier weerhouden om een globale evaluatie te geven van de situatie. Ze worden hieronder in het kort weergegeven, maar we verwijzen de lezer naar het globale rapport voor een meer gedetailleerde inhoud die hier niet vermeld werd.

De populatie, of eerder de overpopulatie van de penitentiaire instellingen, is een determinerende factor. Het aantal opgesloten personen, de laatste jaren constant in stijgende lijn, heeft nefaste gevolgen op verschillende vlakken.

De gedetineerden moeten samenleven op beperkte ruimtes, de mogelijkheden voor de directie om aan elke gedetineerde de meest aangewezen plaats te geven (keuze van sectie, eventuele groepering van gedetineerden per categorie, scheiding van de minderjarigen) worden beperkt door de overpopulatie van de inrichtingen. De overbelasting van het effectief beïnvloedt tevens de doeltreffendheidsgraad van de diensten in de inrichtingen, van directie tot bewakers, met inbegrip van de sociale hulpverlening en de gezondheidsbijstand, en de mogelijkheid om activiteiten (waaronder werk en opvoeding) aan te bieden. Met betrekking tot het gebruik van psychotropen, laat de ontwikkeling van activiteiten (sport, culturele activiteiten, werk en opleiding) aan de gedetineerde toe om op een andere manier te ontsnappen aan de verveling dan door te gebruiken, en, omgekeerd, zal het ontbreken van activiteiten het gebruik van drugs en medicamenten bevorderen, gezien deze voor de gedetineerden een functie hebben om het psychisch lijden te verminderen en « de tijd te laten passeren ».

De demografische en sociale karakteristieken, en vooral de toenemende verpaupering van de gevangenispopulatie stellen nieuwe uitdagingen. De waarnemingen wijzen op een vermindering van de gemiddelde graad van sociale integratie, evenals van het opleidingsniveau. De drughandel en –schulden gaan vaak gepaard met fysiek en verbaal geweld, seksueel geweld en (gedwongen) prostitutie, druk om producten binnen te brengen, enz., wat sommige gedetineerden in het isolement duwt (wat aldus hun weerstand nog vermindert).

Uiteraard beïnvloedt het personeel de mogelijkheden tot interventie. Sommige personeelskaders zijn, in het bijzonder, moeilijk op te vullen, en vooral het personeel van de sociale of psychologische hulp. In andere instellingen kan de turn-over van de bewaarders een optimaal functioneren van de equipes hinderen.

De vloed van aankomende en uitgaande personen in bepaalde inrichtingen verhindert de verwezenlijking van programma's die, om doeltreffend te zijn, over een bepaalde termijn moeten lopen.

Het vormingsaanbod voor bewaarders wordt voorgesteld als tekort komend in meerdere opzichten, vooral wat betreft het beheersen van relationele moeilijkheden met gedetineerden, en meer in het bijzonder, welke houding moet aangenomen worden tegenover een druggebruiker die eisen stelt, agressief wordt of ontweningsverschijnselen vertoont, en eveneens wat de beroepsrisico's betreft. Vandaar ook dat het gebrek aan informatie en kennis inzake gezondheid door de bewaarders als een risicofactor wordt beschouwd, met name eventuele besmettingsrisico's die het personeel loopt en gezondheidsrisico's voor de gedetineerden, bijvoorbeeld als de bewaarders hun somatische klachten verkeerd inschatten.

De organisatie hangt zodanig van de lokale directie af dat de initiatieven volledig van elkaar kunnen verschillen. De toename of de vermindering van zeer diverse problemen, waaronder deze voortvloeiend uit de dagelijkse duur van opsluiting in kleine ruimtes, de spanning, het individueel geweld of het geweld tussen personen, zal afhankelijk zijn van het aantal initiatieven, hun doelstelling, kwaliteit, organisatie en de deelname van het personeel. De studies tonen het algemeen belang van dergelijke activiteiten aan, zelfs indien deze onmogelijk in een welbepaalde typologie kunnen geïntegreerd worden, en benadrukken het feit dat de inzet van diverse categorieën personeel tot meer succesvolle resultaten leidt.

De medische dienst geniet van een zekere onafhankelijkheid ten opzichte van de directie.

Ondanks de tekorten en de moeilijkheden om de zorgen te organiseren in het penitentiaire milieu, laat deze toch toe om een zorgverzekering te geven aan opgesloten individuen die anders «zonder twijfel noch het idee, noch de middelen of de mogelijkheden zouden gehad hebben om medische voorzieningen te raadplegen indien ze niet in de gevangenis waren beland».<sup>31</sup>

Voor talrijke gemarginaliseerde druggebruikers betekent de gevangenis een kans om toegang te hebben tot gezondheidszorgen en moet dus worden beschouwd als een strategische plaats om informatie te verstrekken over risicogedrag en om duiding te geven op het vlak van de gezondheid.

De beperkingen tot de toegang van de gedetineerden tot een hulp en een zorg die gelijkwaardig is aan degene die in de buitenwereld bestaat, blijft echter toch aanwezig, ondanks de reeds bestaande inspanningen om de medisch-psycho-sociale zorgverzekering te verbeteren.

De oorsprong van de financiering van de zorgverlening aan gedetineerden kan de toegang tot die zorgverlening remmen in de mate dat er -voor elke inrichting en per specialiteit- quota's voor de uitgaven worden vastgelegd.

---

<sup>31</sup> FRENCH REPORT : Group of experts in epidemiology of drug of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg 30 september 1999.

Er worden regelmatig klachten geformuleerd omtrent het gedrag van bepaalde artsen ten opzichte van de gedetineerden en er wordt twijfel geuit aangaande de hygiënische voorzorgsmaatregelen bij sommige tandartsen. Daarenboven kan het gebrek aan personeel leiden tot : zeer korte duur van de consultaties, geen aanwezigheid van verpleegkundigen 's nachts en tijdens het WE, deelname van de bewaarders aan de bereiding en de verdeling van de geneesmiddelen, moeilijk beheer van dringende situaties. De opleiding van de artsen met betrekking tot de gespecialiseerde kennis nodig voor de aanpak van verslaafde druggebruikers speelt ook een belangrijke rol.

Educatief materiaal en informatiebrochures met betrekking tot gezondheidsaspecten zijn eerder zeldzaam in penitentiaire inrichtingen.

Ofschoon de externe interveniënten meer en meer actief zijn met betrekking tot de hulpverlening aan druggebruikers in de gevangenis, blijft hun deelname toch eerder beperkt en varieert ze naargelang de betrokken instelling.

De gedetineerden hebben niet vaak de neiging om een psycho-sociale bijstand te vragen aan de hulpdiensten. De ingeroepen redenen hebben betrekking op een tekort aan vertrouwen inzake de vertrouwelijkheid; dit is onder andere te wijten aan het feit dat de PSD naast haar opdracht van hulpverlening, ook advies moet geven (wat een groot deel van de tijd in beslag neemt) in het kader van de procedure voor de uitvoeringsmodaliteiten van de vrijheidsberovende straf.

Met betrekking tot de organisatie van het algemeen beleid van de aspecten verbonden aan de drugproblematiek in elke inrichting kan gezegd worden dat : indien het bestuur wel degelijk de oprichting van structuren voorzag (zoals de "lokale pilootgroepen omtrent drugs"), dan moeten deze ook nog werken en de gelegenheid zijn om de diverse actoren samen te brengen.

---



## 3 HET EPIDEMIOLOGISCH INSTRUMENT

### 3.1 INLEIDING

Een monitoring-systeem dient als epidemiologische basis voor het ontwikkelen van een modern volksgezondheidsbeleid.

Op het 21ste Wereldcongres in 1968, definieerde de WGO de monitoring (in tegenstelling tot andere in de epidemiologie gebruikte technieken zoals gerichte tijdelijke of ruimtelijke onderzoeken, studies van een groep mensen met dezelfde leeftijd gedurende eenzelfde periode of casuscontrole) als de « systematische inzameling en het gebruik van de epidemiologische informatie voor het plannen, toepassen en evalueren van acties gevoerd binnen de gezondheidssector ». Bondig samengevat wil dit zeggen dat de monitoring neerkomt op « informatieverzameling met het oog op het ondernemen van acties ».

Het is ook tijdens deze bijeenkomst dat werd aanbevolen om de monitoring uit te breiden tot sociale problemen en gedragspatronen, zoals verslavingen, die de gezondheid in gevaar brengen.

R. L. Berkelman en al.<sup>32</sup> formuleren aanbevelingen om simultaan de gezondheidstoestand, de individuele en omgevingsrisicofactoren én de voorzieningen te beschouwen.

De kwaliteiten van een systeem rusten op de hiernavolgende criteria, die een doorslaggevende rol hebben gespeeld bij het maken van de keuzes<sup>33</sup> : doelmatigheid, kost, sensibiteit, specificiteit en positieve predictieve waarde, representativiteit, opportuniteit, evenals eenvoud, flexibiliteit en aanvaardbaarheid.

Het invoeren van een monitoring-systeem vereist een doelstelling, de identificatie van het doel van de monitoring en het toepassen van procedures voor de inzameling, de analyse en interpretatie en de verspreiding van de verkregen resultaten.

De duidelijk vooropgestelde doelstelling van dit onderzoek is het regelmatig bekomen van informatie inzake de gezondheidstoestand, zonder zich te beperken tot een specifieke pathologie of toestand, maar rekening houdend met de belangrijke evolutie van de druggerelateerde problemen.

De doelgroep bestaat uit gedetineerden, in hun geheel beschouwd, ongeacht de leeftijd, het geslacht, of de reden van hun opsluiting.

---

<sup>32</sup> BERKELMAN R.L. et al.; Public Health Surveillance; Oxford Textbook of Public Health, 3rd ed., Oxford University Press, 1997, pp. 735-750

<sup>33</sup> THACKER S.B. et al; A method for evaluating systems of epidemiological surveillance, World Health Statistics Quarterly, 41, 1988, pp 11-18

Het onderzoeksinstrument bestaat uit drie luiken. Ten gronde onderzoeken we het niveau van de gezondheidstoestand en het beïnvloedende gedrag. Dit wordt aangevuld door metingen van pathologieën of specifieke voorwaarden (zoals hepatitis, inentingen, slapeloosheid, enz.), en door geïmplementeerde programma's die ze kunnen beïnvloeden.

De inhoud van de drie luiken wordt voorgesteld in hoofdstuk 3.2. ; de voorziene procedures in hoofdstuk 3.3., de verwerking, de analyse en de verspreiding van de resultaten wordt hernomen in hoofdstukken 3.4 et 3.5.

Een verbetering van de gezondheidstoestand zal uiteindelijk de enige manier zijn waarop men de impact van de epidemiologische monitoring en de maatregelen ingegeven door de resultaten zal kunnen meten.

## **3.2 STRUCTUUR EN INHOUD VAN HET INSTRUMENT**

### **3.2.1 EEN INSTRUMENT, DRIE GEGEVENSBRONNEN**

Het voorgestelde instrument baseert zich op een gegevensanalyse die afkomstig is van drie bronnen.

Inderdaad, de pre-enquête heeft toegelaten om een reeks variabelen te identificeren die determinerend lijken voor het opvolgen van de gezondheidsrisico's die gelieerd zijn aan druggebruik in de gevangenis. Het is echter ook aan het licht gekomen dat deze variabelen enkel verzameld kunnen worden via verschillende gegevensbronnen : de gedetineerden, de medische dienst en de directie van de inrichting. Teneinde de kostprijs van het systeem te drukken, en waar mogelijk, steunt het op al bestaande of in ontwikkeling zijnde systemen.

Het voorgestelde monitoring systeem zal tegelijkertijd het geheel aan gegevens ontleden, besluiten eruit trekken en aanbevelingen formuleren. Dit alles gebaseerd op gegevens inzake:

de karakteristieken van het gebruik van psychotrope producten, de eraan verbonden risicofactoren en beschikbaarheid van preventiemiddelen binnen de verschillende instellingen; deze verschillen immers per inrichting zelf en wijken af van hetgeen men buiten deze instellingen kan vaststellen;

de gezondheidstoestand en de sociale karakteristieken van de gedetineerden, teneinde een referentie- en evaluatiepunt te bepalen en de vergelijkingen tussen de inrichtingen onderling of met de algemene bevolking te ondersteunen;

de voorwaarden aangaande detentie en organisatie van de strafinrichtingen, met inbegrip van het medisch en sociaal zorgaanbod, voor zover het doorslaggevende elementen zijn om de beoogde doelstelling te bereiken, t.t.z. een optimaal gezondheidsniveau.

De tabel hieronder geeft een overzicht van de instrumenten in functie van de drie gegevensbronnen :

BRON	INSTRUMENT			
GEDETINEERDEN	vragenlijst "risicofactoren"	risicofactoren		
	vragenlijst "GHQ"		gezondheids-toestand	
MEDISCHE DIENST	gegevensbank "EPICURE"		gezondheids-toestand	
	vragenlijst "geneesheer-directeur"			omgeving
ADMINISTRATIEVE DIRECTIE	vragenlijst "directie"			omgeving

Een deel van het aanbevolen systeem baseert zich op reeds bestaande en gebruikte systemen in de schoot van de penitentiaire administratie. Daartegenover is er andere informatie op dit ogenblik niet beschikbaar zijn of worden andere informatiebronnen gebruikt.

De analyse van de verzamelde gegevens zal toelaten om het belang te meten van het risico in elke penitentiaire instelling evenals in het gehele gevangeniswezen.

Deze maatregel zou het bestuur kunnen helpen om, op basis van de analyse van de in de inrichtingen vastgestelde verschillen, te bepalen welke pertinente acties op touw te zetten met betrekking tot de risicobeperking. Algemeen gezien, zou deze indicator het bestuur moeten toelaten om de evolutie van de risico's voor de gedetineerden door de tijd heen te volgen.



## **3.2.2 EERSTE GEGEVENSBRON : DE GEDETINEERDEN**

### **3.2.2.1 "individuele of omgevingsrisicofactoren" (vragenlijst in bijlage 5.1)**

#### ***KEUZE VAN HET MIDDEL : VRAGENLIJST ONTWIKKELD EN VOORAFGAANDELIJK GETEST TIJDENS HET ONDERZOEK***

Er bestaat geen internationaal gestandaardiseerd en gevalideerd instrument. Het voorgestelde instrument vloeit voort uit de analyse van de wetenschappelijke literatuur, de opgebouwde ervaring van de auteurs en van de pre-test die werd uitgevoerd in het kader van dit onderzoek, wat meer uitgebreid aan bod komt in het globaal rapport.

#### ***INHOUD VAN DE INFORMATIE***

De vragenlijst laat toe om informatie in te winnen over de volgende aspecten:

- Juridisch demografisch
- Risicogebruik en risicogedrag voor en tijdens de gevangenisopname
- Risicogebruik en risicogedrag tijdens het verloop van de gevangenisperiode
- Toegang tot producten
- Toegang tot informatie, preventiemiddelen en behandelingen
- Tijdsbesteding
- Kennisniveau van de risico's
- Geweld

#### ***SPECIFIEKE ASPECTEN***

Teneinde de kansen op het winnen van het vertrouwen van de gedetineerden te optimaliseren, en, als gevolg, de graad van antwoorden en de kwaliteit van de informatie te doen toenemen, worden de gegevens die door deze laatsten worden aangebracht, verzameld via een anonieme gestructureerde vragenlijst die door de respondent zelf wordt ingevuld. Om de anonimiteit te waarborgen is er geen enkele vraag die toelaat om de respondent te identificeren, onafhankelijk van de grootte van de penitentiaire instelling.

### **3.2.2.2 "meting van de gezondheidstoestand" (voorbeeld van de vragen in bijlage 5.2)**

#### **KEUZE VAN HET MIDDEL : GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (12 + 28-ITEMS VERSIE).**

Er bestaat geen specifiek instrument om de gezondheidstoestand van de gedetineerden te onderzoeken. De keuze heeft dus betrekking op één van de gevalideerde instrumenten om de algemene psychische en somatische gezondheid van de globale populatie te meten, zoals ze gezien wordt door de respondent.

De "General Health Questionnaire" (GHQ) is een epidemiologisch instrument dat voldoet aan de wetenschappelijke criteria die frequent worden gebruikt en aanbevolen wordt door de WGO<sup>34</sup>. Het spreekt vanzelf dat dit systeem het medisch dossier niet vervangt, geen diagnose van pathologieën stelt en evenmin informatie geeft over de prevalentie van risicoaandoeningen zoals bijvoorbeeld HIV infecties.

De "General Health Questionnaire" (GHQ), die in de loop van de jaren zeventig verscheen, is een door de respondent zelf ingevulde vragenlijst met het oog op de identificatie van de verergering en de wijzigingen in de gezondheidstoestand op korte termijn (depressie, angstgevoelens, sociale disjunctie en somatische symptomen). Er bestaan verschillende versies (in functie van het aantal vragen) waarvan de doelstellingen en de beperkingen gaan van een vlugge screening tot de identificatie van casussen die een diepgaander onderzoek vereisen<sup>35</sup>. Al deze versies zijn wetenschappelijk betrouwbaar, gesensibiliseerd en gevalideerd. Bepaalde vragen van de GHQ 12 en 28 overlappen mekaar, wat resulteert in een vragenlijst met in het totaal 34 items.

Het eerste belang ervan is de epidemiologische kwaliteit. Het is de bedoeling om er de mogelijkheid van een "normale werking" en de recente schommeling inzake gezondheidstoestand mee te bepalen.

De gevalideerde GHQ-12 is officieel te verkrijgen in het Frans, Engels, Nederlands, Duits, Turks, Portugees en Russisch. De GHQ-28 is bovendien te verkrijgen in het Spaans, Servisch en Pools.

Hij werd reeds gebruikt in het penitentiair milieu,<sup>36</sup> en past goed in het penitentiaire kader door zijn mogelijkheden om depressie, suïcidaal gedrag, mentale en psychosociale stress te detecteren <sup>37</sup>.

---

<sup>34</sup> WHO, Regional Office for Europe. Health Interview Surveys, towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series N° 58, 1996, pp 68-71

<sup>35</sup> GOLDBERG D. and WILLIAMS P.A.; User's guide to the GHQ. NFER-NELSON, 1998

<sup>36</sup> DORMAN A. et al. ; Psychiatric morbidity in sentenced segregated HIV positive prisoners. Br JI of Psychiatry, 1993, 163, pp 802-5

De GHQ is een werkinstrument dat niet openbaar is en dat op de markt wordt gebracht door NFER-NELSON (Verenigd Koninkrijk). De "handleiding voor de gebruiker" kost ongeveer vijftig Engelse ponden en de prijs van de "vragenlijsten" schommelt naargelang de gevraagde presentatie (een exemplaar dat men zelf kopieert of een exemplaar dat men "stuk per stuk" aankoopt) en het aantal keren dat men de toepassing zal aanwenden. De kostprijs ligt bijzonder laag in vergelijking met de klassieke enquêtes, vooral wanneer men er veelvuldig gebruik van maakt. Ter informatie kan gezegd worden dat elke GHQ vragenlijst voor de volgende Belgische gezondheidsenquête ongeveer 10 Bef zal kosten.

### ***INHOUD VAN DE INFORMATIE***

4 specifieke aspecten worden bestudeerd

- somatisch,
- angst/slapeloosheid,
- zware depressie,
- sociale disfunctie.

Alle vragen van de GHQ stellen dezelfde antwoordkeuzes voor (4 opties: beter dan gewoonlijk/zoals gewoonlijk/slechter dan gewoonlijk/veel slechter dan gewoonlijk).

### ***SPECIFIEKE ASPECTEN VAN DE GHQ***

De volgende nationale gezondheidsenquête heeft geopteerd voor het simultaan gebruik van de twee versies van de GHQ (12+28). Dit zou toelaten om de gezondheidstoestand van de gedetineerden te vergelijken met deze van de algemene bevolking.

De gestandaardiseerde voorstelling van de antwoordkeuzes vergemakkelijkt het lezen door een scanner.

De beschikbaarheid van de gegevens op het lokale niveau heeft als voordeel de investering en de interesse van het gezondheidspersoneel aan te wakkeren door de aandacht te trekken op een kwetsbaar individu of hen toe te laten de impact van gezondheidsmaatregelen te evalueren. Dit noodzaakt echter wel om de codering te laten gebeuren door het lokale gezondheidspersoneel.

---

<sup>37</sup> HOBI V. et al. ; Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ. Schweiz Rundsch Med Prax. 78(9), 219-25, 1989

### **3.2.2.3 Integratieperspectieven van de twee vragenlijsten voor gedetineerden**

Er wordt in deze fase voorgesteld om beide vragenlijsten samen en tegelijkertijd te gebruiken (zie 3.3.6.), zonder over te gaan tot hun integratie.

Indien het later nuttig zou blijken om anders te werk te gaan, dan beschikken we over twee mogelijkheden.

De eerste oplossing zou erin bestaan om de vragen van de GHQ in de gegevensbank EPICURE op te nemen. De antwoorden zouden dan in een formulier "gezondheidstoestand" worden vermeld en deel uitmaken van het medisch dossier (net zoals de vijf overige formulieren die in het begin van het dossier werden voorgesteld : "aandoeningen", "risico's", "vaccinaties", "taken" en "item contact"). De verschillende scores zouden automatisch kunnen berekend worden zodat het gezondheidsteam kan beschikken over zowel individuele (de "scores" van een individu) als collectieve (een beeld van het gezondheidsniveau van de gedetineerde bevolking) informatie. Om dit laatste te bereiken, moet men echter strikt zijn aangaande de keuze van het moment waarop de vragenlijst zal worden afgenomen, hetzij bij de aankomst in de instelling, hetzij na 1 maand (of 6 maand) opsluiting, ofwel voor éénieder op een bepaalde dag (of week). Beide opties hebben voor- en nadelen, maar de keuze moet voorafgaandelijk worden bepaald en strikt worden nageleefd, anders wordt de interpretatie van de resultaten in gevaar gebracht.

De invoer van de vragenlijsten per scanner zou door de penitentiaire administratie kunnen gebeuren, maar dan enkel op centraal niveau<sup>38</sup>. Dat betekent dat alle ingevulde formulieren hen moeten toegestuurd worden en dat de resultaten daarna aan de verschillende instellingen worden overgemaakt. Men kan deze oplossing overwegen enkel in het geval men kiest voor de optie "hetzelfde ogenblik voor iedereen", en op voorwaarde dat er compatibele transferprocedures voor de informatie met de organisatie van de diensten worden bepaald.

De gegevens van de GHQ zullen aldus overgemaakt worden aan de dienst die verantwoordelijk is voor de analyse onder vorm van de volgende tabel :

---

<sup>38</sup> DERLET J.; persoonlijke mededeling

Inrichting : XX Datum : DD/MM/JJ/ (of periode)	Leeftijd	Geslacht	Somatische score	Score depressie	Score angstgevoelens- slapeloosheid	Sociale score	Globale score
A							
B							
C							
.....							
N							

De tweede oplossing zou er integendeel in bestaan om de beide vragenlijsten ingevuld "op een bepaalde dag" door de gedetineerden, samen te voegen; in dit geval zou de externe dienst volledig verantwoordelijk worden gesteld voor de invoer (en vanzelfsprekend de analyse).

Beide oplossingen hebben voordelen en beperkingen. Men zou echter een reflectie terzake moeten voeren en een beslissing nemen in functie van vroegere ervaring en de criteria opgesomd in hoofdstuk 3.1.

## 3.2.3 TWEEDE GEGEVENSBRON : DE MEDISCHE DIENST

### 3.2.3.1 "meten van de gezondheidstoestand"

#### **KEUZE VAN HET MIDDEL : GEGEVENS BANK EPICURE ONTWIKKELD DOOR DE PENITENTIAIRE ADMINISTRATIE**

Er bestaat geen internationaal gestandaardiseerd en gevalideerd meetinstrument dat specifiek is voor het penitentiair milieu. Voor de prevalentiegegevens over bepaalde risicoaandoeningen in de gevangenis, valt de keuze op EPICURE, het operationele instrument in de penitentiaire inrichtingen.

EPICURE stelt zich niet voor als zijnde specifiek voor de epidemiologische monitoring van de gezondheid in het penitentiair milieu. EPICURE is een software voor geneesheren, tandartsen en verpleegkundig personeel en geeft een persoonlijk medisch dossier verbonden aan een welbepaald individu, en omvat zowel gestandaardiseerde delen als andere waarin de elementen onder vrije vorm kunnen worden ingebracht.

Men mag deze EPICURE, speciaal ontwikkeld voor strafinrichtingen, niet verwarren met de medische software EPICURE die vooral door huisartsen wordt gebruikt, zelfs al vindt men in beide evidente gemeenschappelijke punten daar ze alle twee door dezelfde commerciële firma op de markt worden gebracht.

Het hoofddoel van dit individueel dossier per patiënt is het verzekeren van een medische opvolging, maar we gebruiken hier een aantal van zijn gegevens als bijdrage voor de beschrijvende epidemiologie van bepaalde specifieke pathologieën.

EPICURE en zijn gegevens worden 'getransporteerd' door SIDIS, het informatica systeem van het geheel van gegevens over gedetineerden (niet alleen hun gezondheid, maar ook hun demografische en sociale karakteristieken, zoals hun administratieve en gerechtelijke gegevens).

De medische dossiers van gedetineerden bevatten alle resultaten van de analyses die gevraagd worden door de arts in het kader van de medische consultaties. Er bestaat dus al een selectiefout, aangezien de arts bijvoorbeeld enkel een serologisch onderzoek voor HIV/Aids of hepatitis zal aanvragen wanneer hij van oordeel is dat de persoon die hem consulteert een risico loopt. Nochtans werden, tijdens een prevalentieonderzoek in de gevangenis van Namen in 1997<sup>39</sup>, de onderzoekers geconfronteerd met aanvaardbare overeenkomstige resultaten tussen die van het onderzoeksteam en de gegevens van de medische dienst van dezelfde gevangenis.

---

<sup>39</sup> European network for HIV and hepatitis prevention in prison. 2d annual report. Bonn, Marseille. May 1998

Daarenboven zou de evaluatie van de vaccinatieprevalentie toelaten om de gelopen risico's te relativeren.

De verzameling van de gegevens uit de medische dossiers zal geen extra kosten met zich mee brengen, en deze gegevens kunnen onttrokken worden bij de start van het EPICURE programma.

### ***INHOUD VAN DE INFORMATIE***

De beschouwde variabelen zijn :

- de prevalentie van HIV-infecties op een gegeven dag
- de prevalentie van acute HBV-infecties op een gegeven dag
- de prevalentie van chronische HBV-infecties op een gegeven dag
- de prevalentie van HCV-infecties op een gegeven dag
- de prevalentie van vaccinaties tegen hepatitis B op een gegeven dag
- de prevalentie van TBC-gevallen op een gegeven dag
- de prevalentie van SOA's op een gegeven dag
- de prevalentie van het aantal personen onder methadon op een gegeven dag
- de prevalentie van personen met onthoudingsverschijnselen op een gegeven dag

### ***SPECIFIEKE ASPECTEN EN EVOLUTIEPERSPECTIEVEN VAN EPICURE***

De installatie van het systeem EPICURE op het niveau van de penitentiaire inrichtingen is nog in zijn beginfase. Nog niet alle inrichtingen zijn al uitgerust en alle mogelijkheden van het systeem worden nog niet gebruikt. We kunnen er van uitgaan dat mettertijd de kwaliteit van de gegevens uit het systeem zal verbeteren.

Zoals hoger aangehaald werd nog niet getest of de extractie van bovenvermelde gegevens haalbaar is.

### **3.2.3.2 "omgevingsfactoren" (vragenlijst in bijlage 5.3)**

#### **KEUZE VAN HET MIDDEL : VRAGENLIJST ONTWIKKELD IN DE LOOP VAN HET ONDERZOEK, NIET GETEST**

Ook op dit vlak bestaat er geen gestandaardiseerd en gevalideerd evaluatieinstrument. De hier voorgestelde vragenlijst had talrijke vragen kunnen bevatten, gebaseerd op voorgaande analyses van het Belgische penitentiaire systeem.<sup>40 41</sup>

De weerhouden vragen voor het epidemiologisch instrument richten zich op de beoogde doelstelling, namelijk de verbetering van de gezondheid van de gedetineerden, en vinden hun oorsprong in de analyse van de wetenschappelijke literatuur en de opgebouwde ervaring van de auteurs. Zij werden meer uitgebreid uitgewerkt in het globale rapport.

Al deze inlichtingen worden op het einde van het jaar aan de geselecteerde instellingen gevraagd; zij hebben betrekking hetzij op gegevens bij de aankomst van de gedetineerden, hetzij op gegevens (activiteiten of organisatie) die betrekking hebben op het verlopen burgerlijk jaar.

#### **INHOUD VAN DE INFORMATIE**

De variabelen hebben betrekking op :

- Het functioneren en de activiteiten van de gezondheidsdienst ;
- Gezondheidsinitiatieven en hun actoren.

#### **SPECIFIEKE ASPECTEN**

In tegenstelling met de vorige onderdelen, omvat dit deel eveneens open vragen. Het is inderdaad onmogelijk om de diversiteit van de interventiemogelijkheden in het gevangenis milieu op een andere manier te inventariseren. Bij de analyse zouden de opgesomde interventies echter in categorieën moeten worden ondergebracht zodat de hoofdzakelijke tendensen en organisatie wijzen op de voorgrond komen om er dan algemene besluiten uit te kunnen trekken.

De vragenlijsten worden naar de geneesheer-directeur van de medische dienst gestuurd, maar het is aangeraden om de vragenlijst gezamenlijk, met alle leden van het gezondheidsteam, te beantwoorden; een multidisciplinaire toelichting kan nuttig zijn bij het beantwoorden van bepaalde vragen. De vragenlijsten kunnen dienen als basis voor een discussie omtrent de te

---

<sup>40</sup> ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr., *Politique pénitentiaire en matière de drogues*, Rapport de recherche commandité par l'Administration des établissements pénitentiaires et dirigé par D. Kaminski et Ph. Mary, UCL/ULB, oktober 1997

<sup>41</sup> DE RUYVER, B., VAN LIMBERGEN, M., BALTHAZAR, T., VAN DAELE, L., VANDER BEKEN, T., VERMEULEN, G., VAN IMPE, K., FLAVEAU, A., *Penitentiair drugsbeleid. Voorontwerp van beleidsnota voor de aanpak van de druggerelateerde problemen in de belgische penitentiaire inrichtingen vanuit een geïntegreerd perspectief*, Gent, R.U.G., 1997



nemen initiatieven of maatregelen in het kader van bepaalde problemen die tijdens de bespreking als zijnde prioritair worden beschouwd.

Na het invullen van de vragenlijsten zou de uitwisseling van informatie tussen de directie van de inrichting en medische directie, een verdeeldheid vermijden tussen personen die allen voor éénzelfde instelling werken.

## **3.2.4 DERDE GEGEVENSBRON : DE ADMINISTRATIEVE DIRECTIE**

### **3.2.4.1 "omgevingsfactoren" (vragenlijst in bijlage 5.4)**

#### ***KEUZE VAN HET MIDDEL : VRAGENLIJST ONTWIKKELD IN DE LOOP VAN HET ONDERZOEK, NIET GETEST***

Ook op dit vlak bestaat er geen gestandaardiseerd en gevalideerd evaluatieinstrument.

De weerhouden vragen voor het epidemiologisch instrument richten zich op de beoogde doelstelling, namelijk de verbetering van de gezondheid van de gedetineerden.

Al deze inlichtingen worden op het einde van het jaar aan de geselecteerde instellingen gevraagd; ze betreffen hetzij gegevens aangaande het ogenblik waarop de enquête aan de hand van de vragenlijst wordt gevoerd, hetzij interventiegegevens over het verlopen burgerlijk jaar.

#### ***INHOUD VAN DE INFORMATIE***

De variabelen hebben betrekking op :

- De gevangenispopulatie en het personeel ;
- Gezondheidsinitiatieven en hun actoren ;
- Bepaalde specifieke activiteiten.

#### ***SPECIFIEKE ASPECTEN***

Net zoals het vorige onderdeel vindt men in dit deel eveneens open vragen terug. Het is inderdaad onmogelijk om de diversiteit van de interventiewijzen in het gevangenis milieu op een andere manier te inventariseren. Tijdens de analyse moeten de opgesomde interventies echter in categorieën worden ondergebracht om zo de essentiële tendensen en de organisatie wijzen eruit te halen en algemene besluiten te kunnen trekken.

Indien de vragenlijsten aan de directeur werden gericht, is het aanbevolen om de vragenlijst gezamenlijk, met de leden van het directieteam, in te vullen. Voor sommige vragen kan een meervoudige toelichting nuttig zijn. De vragenlijsten kunnen dienen als basis voor een discussie omtrent de te nemen initiatieven of maatregelen in het kader van problemen die in de discussie als prioritair zijnde worden beschouwd.

Na het invullen van de vragenlijsten zou een uitwisseling van informatie tussen de directie van de inrichting en de medische directie de verdeeldheid vermijden tussen personen die allen in éénzelfde instelling werken.

### 3.3 INVOER VAN HET INSTRUMENT

Om de lezer en de personen verantwoordelijk voor het toepassing van het instrument op diverse niveaus toe te lichten, worden hierna de nuttigste specificaties overlopen.

#### 3.3.1 SELECTIE VAN DE INRICHTINGEN

Indien een enquête wordt uitgevoerd in alle gevangenisinstellingen, dan heeft dat enerzijds het voordeel dat de resultaten veel representatiever zijn, en anderzijds dat de risico's per instelling kunnen worden opgemeten. Het lijkt ons echter moeilijk om een steekproefsgewijze enquête uit te voeren onder alle gedetineerden in alle instellingen. De gedetineerden zouden deze procedure verkeerd kunnen interpreteren afhankelijk van het feit of ze al dan niet worden geselecteerd. Een enquête uitvoeren in alle instellingen en daarbij alle gedetineerden uitnodigen om deel te nemen, is niet noodzakelijk om het risico te meten in de instellingen, en zou vooral veel kosten met zich meebrengen. Met deze elementen in het achterhoofd stellen we daarom voor om de ondervraagden op een semi-gerandomiseerde wijze te selecteren.

Deze methode bestaat eruit de instellingen in verschillende groepen onder te brengen in functie van kenmerken zoals grootte en regime, met respect voor de taalpariteit. In een volgende stap loot men willekeurig twee instellingen uit iedere groep. Tenslotte worden alle gedetineerden uit deze instellingen uitgenodigd om deel te nemen. Deze methode laat toe om de enquête te beperken tot tien instellingen in plaats van 32 (zie tabel hierna) en om 1300 gevangenen te bereiken indien men ervan uitgaat dat 50% deelneemt.

Huis van arrest	Groot	Nederlandstalig gevangenisbeheer
		Franstalig gevangenisbeheer
	Klein	Nederlandstalig gevangenisbeheer
		Franstalig gevangenisbeheer
Strafinstelling	Groot	Nederlandstalig gevangenisbeheer
		Franstalig gevangenisbeheer
	Klein	Nederlandstalig gevangenisbeheer
		Franstalig gevangenisbeheer
Open instellingen		Nederlandstalig gevangenisbeheer
		Franstalig gevangenisbeheer

### 3.3.2 INFORMATIEBRON

GEDETINEERDEN	vragenlijst "risicofactoren"
	vragenlijst "GHQ"
MEDISCHE DIENST	gegevensbank EPICURE
	vragenlijst "medische directie"
ADMINISTRATIEVE DIRECTIE	vragenlijst "directie"

### 3.3.3 SELECTIE VAN DE RESPONDENTEN

GEDETINEERDEN	vragenlijst "risicofactoren"	<b>allen, maar twee uitsluitingscriteria</b>
	vragenlijst "GHQ"	<b>allen, maar twee uitsluitingscriteria</b>
MEDISCHE DIENST	gegevensbank "EPICURE"	<b>alle dossiers van de gegevensbank, op een bepaald moment</b>
	vragenlijst "medische directie"	<b>geneesheer-directeur</b>
ADMINISTRATIEVE DIRECTIE	vragenlijst "directie"	<b>directeur</b>

Alle gedetineerden uit een geselecteerde instelling worden uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen

Uitsluitcriterium :

- alle gedetineerde personen die niet kunnen lezen
- minderjarigen

Teneinde de kansen op het winnen van het vertrouwen van de gedetineerden te optimaliseren, en, als gevolg, de graad van antwoorden en de kwaliteit van de informatie te doen toenemen, worden de gegevens die door deze laatsten worden aangebracht, verzameld via een anonieme door de respondent zelf ingevulde gestructureerde vragenlijst. Om de anonimiteit te waarborgen is er geen enkele vraag die toelaat om de respondent te identificeren, onafhankelijk van de grootte van de penitentiaire instelling.

### 3.3.4 TYPE VAN GEGEVENS

GEDETINEERDEN	vragenlijst "risicofactoren"	<b>kwantitatief, gesloten vragen</b>
	vragenlijst "GHQ"	<b>kwantitatief, gesloten vragen</b>
MEDISCHE DIENST	gegevensbank "EPICURE"	<b>kwantitatief, gesloten vragen</b>
	vragenlijst "medische directie"	<b>kwantitatief, open en gesloten vragen</b>
ADMINISTRATIEVE DIRECTIE	vragenlijst "directie"	<b>kwantitatief, open en gesloten vragen</b>

### 3.3.5 FREQUENTIE VAN AFNAME

GEDETINEERDEN	vragenlijst "risicofactoren"	<b>één keer per jaar, op een gegeven dag</b>
	vragenlijst "GHQ"	<b>één keer per jaar, op een gegeven dag</b>
MEDISCHE DIENST	gegevensbank "EPICURE"	<b>één keer per jaar, op een gegeven dag</b>
	vragenlijst "medische directie"	<b>één keer per jaar, op het einde van het jaar</b>
ADMINISTRATIEVE DIRECTIE	vragenlijst "directie"	<b>één keer per jaar, op het einde van het jaar</b>

### 3.3.6 MODALITEITEN M.B.T. DE AFNAME

Vragenlijst "risicofactoren" en "GHQ"

De vragenlijsten worden ingevuld in een zaal die aan iedere gedetineerde toelaat te antwoorden onder voorwaarden die de anonimiteit garandeert.

De enquêteurs die verantwoordelijk zijn voor het goede verloop van de afname, en die de deelnemers het doel van de enquête en de enquête zelf moeten toelichten, zijn lid van een organisatie die onafhankelijk is van de penitentiaire administratie. Er mogen geen

personeelsleden van de penitentiaire administratie aanwezig zijn in de zaal waar de verzameling van de gegevens gebeurt.

Om aan alle gedetineerden de mogelijkheid te bieden deel te nemen, moeten de vragenlijsten vertaald worden, en deze "sjablonen" moeten in alle nodige talen beschikbaar zijn. Deze sjablonen zijn een trouwe vertaling van de vragenlijst. De gevangene antwoordt op een vragenlijst die ofwel in het Nederlands ofwel in het Frans is opgesteld, om o.a. te vermijden dat de taal ertoe zou leiden dat de deelnemer kan worden geïdentificeerd.

De ingevulde vragenlijsten worden verzameld in een stembus die door één van de enquêteurs wordt meegenomen.

Om de personen te bedanken voor hun deelname aan de enquête, zou iedere participant moeten worden vergoed. Daarenboven zou informatiemateriaal met betrekking tot HIV/Aids en andere risico's onder hen verdeeld moeten worden.

#### Gegevensbank "EPICURE"

De gegevens die men uit de gegevensbank EPICURE haalt, moeten deze zijn die betrekking hebben op de dag van de enquête bij de gedetineerde. Het formaat van de gegevens is een standaard formaat dat het onderwerp moet uitmaken van een technische discussie tussen de dienst belast met de inzameling en de analyse en de dienst van de centrale medische inspectie. De extractieprocedures van de gegevens zouden automatisch kunnen verlopen, hetgeen de toepassing op lokaal niveau zou vergemakkelijken en ook de conformiteit ervan zou verzekeren ter hoogte van alle inrichtingen.

#### Vragenlijst "Geneesheer-Directeur" en "Directeur"

De vragenlijsten zijn enerzijds gericht aan de directeur, anderzijds aan de geneesheer-directeur van de inrichting. Ze worden vergezeld van een introductiebrief die het algemeen kader situeert en de reden waarom de vragenlijsten worden verstuurd, met duidelijke vermelding van de linken naar de enquête van de gedetineerden die tijdens de loop van het jaar zal plaats vinden, en duiding gevend hoe en wanneer de, volgens de instructies, ingevulde vragenlijsten moeten terug gestuurd worden.

### 3.4 BEHANDELING VAN DE GEGEVENS

Alle verzamelde gegevens worden doorgegeven aan een onafhankelijke organisatie die belast is met de analyse en de integratie van de verschillende variabelen. De keuze van de organisatie gebeurt op basis van een totale onafhankelijkheid ten opzichte van de penitentiaire administratie en op basis van haar technische mogelijkheden om de opgehaalde gegevens te verzamelen en te analyseren.

#### 3.4.1 AANTAL VRAGENLIJSTEN DIE MOETEN BEHANDELD WORDEN

GEDETINEERDEN	vragenlijst "risicofactoren"	tussen 1.000 en 1.500 in het totaal
	vragenlijst "GHQ"	tussen 1.000 en 1.500 in het totaal
MEDISCHE DIENST	gegevensbank "EPICURE"	10 (één per inrichting)
	vragenlijst "medische directie"	10 (één per inrichting)
ADMINISTRATIEVE DIRECTIE	vragenlijst "directie"	10 (één per inrichting)

#### 3.4.2 WIJZE VAN INVOER EN VERWERKING

GEDETINEERDEN	vragenlijst "risicofactoren"	met de software SPSS-PC of gelijkaardig
	vragenlijst "GHQ"	bij voorkeur invoer per scanner in functie van de keuze van de gebruikers, 4 wijzen om de scores te bepalen. Talrijke wetenschappelijke publicaties en gedetailleerde omschrijving in de handleiding voor de gebruiker.
MEDISCHE DIENST	gegevensbank "EPICURE"	geïncompilateerde compilatie en verwerking op software SPSS
	vragenlijst "medische directie"	hercodificatie en verwerking op SPSS
ADMINISTRATIEVE DIRECTIE	vragenlijst "directie"	hercodificatie en verwerking op SPSS

### **3.4.3 INTEGRATIE EN INTERPRETATIE VAN DE GEGEVENS**

Naargelang de waarde die wordt toegekend aan de variabelen, zal door de analisten een score worden vastgesteld die het risiconiveau zal aanduiden voor de inrichtingen waar de enquêtes werden afgenomen, hetzij 10 inrichtingen, en eveneens voor het geheel van de inrichtingen.

Het herhaaldelijk toepassen van de enquête zal enkel toelaten om de evolutie van dit risico in het geheel van de inrichtingen te evalueren, aangezien de selectieprocedure van de inrichtingen, betrokken bij de enquête, van jaar tot jaar kan verschillen.

### **3.5 VERSPREIDING VAN DE RESULTATEN**

Er zal een verslag met de resultaten van de analyse worden opgemaakt; hierin zal men de evaluatie van de situatie en de risiconiveaus per inrichting en voor het geheel terugvinden.

Dit verslag zou ook algemene, duidelijk omschreven en beknopte adviezen moeten omvatten en gepaard gaan met voorstellen die de Minister, de inspectiedienst, de directies van de inrichting en de medische diensten moet toelaten om interventieprioriteiten te bepalen, te kiezen welke het meest aangepast zijn om de aangestipte problemen op te lossen en de beoogde resultaten te bereiken : het verhogen van de gezondheidsscores en de vermindering van de pathologieprevalenties.

Ten bate van de gezondheid van de personen in detentie, moet de verspreiding van de resultaten, zo breed mogelijk zijn, zowel intern op het niveau van het Directoraat-generaal Strafinrichtingen en de penitentiaire inrichtingen, als extern naar de administraties die bevoegd zijn voor zowel de preventieve als de curatieve gezondheidszorg en naar de externen die actief zijn in de gevangenissen, evenals naar de parlementaire groepen die aandacht hebben voor deze vraag.

Het zou gepast zijn indien het Directoraat-generaal Strafinrichtingen voordeel uit de publicatie van dit verslag kon trekken door de directies en de medische directies van de inrichtingen die deelgenomen hebben, bijeen te brengen. De uitwisseling van resultaten en de bespreking ervan bevordert immers het engagement en de initiatieven ten gunste van de gezondheid in de gevangenissen.





## 4 BESLUITEN EN AANBEVELINGEN

We hebben aangetoond dat een globaal instrument, om relevant te zijn, tegelijkertijd rekening moet houden met de individuele en omgevingsrisicofactoren van de opgesloten personen enerzijds, met de meting van hun gezondheidstoestand anderzijds, en tenslotte met factoren die betrekking hebben op de organisatie en de werking van de inrichtingen en de medische diensten. Nadat we ook de structuur en de inhoud van dit instrument hebben voorgelegd, en de essentiële toepassingsmodaliteiten hebben voorgesteld, kunnen op basis hiervan politieke en administratieve beslissingen overwogen worden om het onderzoeksinstrument op het terrein te implementeren.

Voor deze implementatie moet een dienst worden aangesteld om toezicht uit te oefenen op het geheel van de procedures teneinde de inzameling, de analyse en de publicatie van de resultaten te verzekeren.

Ter herinnering, dit instrument werd tot op heden niet integraal getest en de eerste toepassing ervan zal moeten onderworpen worden aan een aandachtige operationele evaluatie om de haalbaarheid ervan te verbeteren en de analyse en de interpretatie van de resultaten ervan te verfijnen.

Deze evaluatie zal in het bijzonder nagaan of :

- alle modaliteiten voorgesteld voor de toepassing adequaat zijn ;
- alle variabelen van de inhoud en hun formulering aangepast zijn ;
- het aantal deelnemende gedetineerden en gevangenispersoneel voldoende is ;
- de analyse de capaciteit biedt om de risiconiveaus te meten ;
- de verwerking van de EPICURE-gegevens kan worden uitgevoerd ;
- de logheid van het instrument kan verbeterd worden door het verwijderen van variabelen waarvan het belang als zijnde weinig betekenend overkomt ;
- de alternatieven op het niveau van de strategie, die nog de inhoud noch de structuur benadeelt, de kosten kunnen drukken ;
- de voorgestelde integratie van sommige elementen in de software EPICURE haalbaar is;
- bepaalde indicatoren of scores kunnen geautomatiseerd worden.



## 5 BIJLAGEN

### 5.1 BIJLAGE 1 : VRAGENLIJST OVER RISICOFACTOREN (DEEL « GEDETINEERDEN » VAN HET INSTRUMENT)

PLAATS :

- 
- 1) Geslacht:
- 1 Man
  - 2 Vrouw
- 2) Leeftijd:
- 1 Jonger dan 21 jaar
  - 2 21-25 jaar
  - 3 26-30 jaar
  - 4 31-35 jaar
  - 5 Ouder dan 35 jaar
- 3) Hoeveel keer zat je al vóór je huidige opsluiting in de gevangenis?
- 1 Nooit
  - 2 1 keer
  - 3 2 keer of meer
- 4) Werd je de laatste keer aangehouden (meerdere antwoorden mogelijk):
- 1• Voor bezit/gebruik van drugs
  - 2• Voor handel in drugs
  - 3• Voor andere feiten
- 5) Ben je op dit ogenblik:
- 1• In voorarrest
  - 2• Geïnterneerd
  - 3• Halve vrijheid
  - 4• Administratieve aanhouding
  - 5• Veroordeeld
- 6) Hoelang ben je nu in de gevangenis?
- 1• Minder dan een maand
  - 2• Langer dan een maand, maar minder dan een jaar
  - 3• Langer dan een jaar
- 7) a. Heb je tijdens laatste maand van deze opsluiting de kans gehad:
- |                                       |      |        |
|---------------------------------------|------|--------|
| - Om te werken                        | 1 ja | 2 neen |
| - Om een opleiding te volgen          | 1 ja | 2 neen |
| - Aan sport, ontspanning, ... te doen | 1 ja | 2 neen |

7)b. Hoeveel uren per week was je bezig met deze activiteiten?

- 1 minder dan 10 uren
- 2 tussen 10 en 20 uren
- 3 meer dan 20 uren

8) Heb je tijdens de laatste maand van deze opsluiting bezoek ontvangen?

- 1 Ja
- 2 Neen

9) Tijdens de laatste maand van deze opsluiting verveel ik mij:

- 1 Niet
- 2 Een beetje
- 3 Veel
- 4 Heel de tijd

10) Hoe zou je, algemeen gesproken, jouw emotionele en psychische toestand tijdens de laatste maand van je opsluiting omschrijven?

- 1 Ik voel me slecht
- 2 Ik voel me niet zo goed
- 3 Ik voel me redelijk goed
- 4 Ik voel me heel goed

11) Heb je in deze gevangenis een tatoeage gezet of laten zetten?

- 1 Ja
- 2 Neen

12) Heb je in deze gevangenis een piercing gezet of laten zetten?

- 1 Ja
- 2 Neen

13) Kennisvraag: Kan HIV/Aids overgedragen worden:

- |   |      |        |
|---|------|--------|
| ° via anale en vaginale seksuele contacten                                    | 1 Ja | 2 Neen |
| ° door uit hetzelfde glas te drinken<br>of van hetzelfde bord te eten         | 1 Ja | 2 Neen |
| ° door naar het WC te gaan  | 1 Ja | 2 Neen |
| ° via moeder op kind tijdens de zwangerschap                                  | 1 Ja | 2 Neen |
| ° door het delen van filters, lepels en<br>water bij het spuiten (injecteren) | 1 Ja | 2 Neen |
| ° via het delen van sigaretten en joints                                      | 1 Ja | 2 Neen |
| ° via het delen van spuiten   | 1 Ja | 2 Neen |
| ° bij het omhelzen  | 1 Ja | 2 Neen |
| ° via een handdruk  | 1 Ja | 2 Neen |
| ° bij pijpen  | 1 Ja | 2 Neen |
| ° via het delen van tandenborstel en scheermesjes                             | 1 Ja | 2 Neen |
| ° door heden ten dage in België<br>een bloedtransfusie te krijgen             | 1 Ja | 2 Neen |

14) Welke drugs heb jij in je leven ooit gebruikt?

Niets gebruikt	1	
Indien niets gebruikt, ga verder naar vraag 20		
	Roken en/of slikken	Spuiten
Heroïne	1	2
Cocaine, crack	1	2
Speed, amfetamines	1	2
XTC	1	2
LSD, paddestoelen	1	2
Methadon, palfium, Temgesic, ...	1	2
Hashish, marihuana	1	2
Benzo's (Lexotan, Valium, Rohypnol, ...)	1	2
Barbituraten (Binocetal, ...)	1	2
Andere : Welke? .....	1	2

15) Welk van deze middelen was, vóór je opsluiting, je lievelingsproduct:

.....

16) a. Werd je, voor je laatste opsluiting, regelmatig gevolgd voor je drugprobleem door (meerdere antwoorden mogelijk):

- 1 Dokter/huisarts
- 2 Psychiater
- 3 Psycholoog
- 4 Sociaal assistent

16)b. Volgde je een drugprogramma voor je laatste opsluiting?

- 1 Neen
- 2 Ja, zonder methadon
- 3 Ja, met methadon

16)c. Indien je een programma volgde met methadon, wat gebeurde er bij je laatste opsluiting?

- 1 De methadon werd verder gezet
- 2 De methadon werd definitief stopgezet bij aankomst
- 3 De methadon werd stopgezet via een afbouwschema

van enkele weken

17) Hoeveel keer heb je drugs gespoten in de laatste maand voor je in de gevangenis kwam?

- 1 Nooit gespoten
- 2 Alle dagen
- 3 Een paar keer of minder

18) Heb je spuitmateriaal (spuit, lepel, filter, water) gedeeld de laatste keer dat je spoot vóór je opname in de gevangenis?

- 1 Nooit gespoten
- 2 Neen
- 3 Ja, met mijn partner
- 4 Ja, met anderen

19) Welke producten die rondgaan op de "zwarte markt" (illegaal verkregen) heb je tijdens je laatste opsluiting in de gevangenis gerookt, geslikt of gespoten?

Nooit iets gebruikt in de gevangenis 1

**Indien niets gebruikt ga verder naar vraag 29**

	Roken en/of slikken	Spuiten
Heroïne	1	2
Cocaine, crack	1	2
Speed, amfetamines	1	2
XTC	1	2
LSD, paddestoelen	1	2
Methadon, Palfium, Temgesic	1	2
Hashish, marihuana	1	2
Benzo's (Lexotan, Valium, Rohypnol)	1	2
Barbituraten	1	2
Alcohol	1	2
Andere : Welke: .....	1	2

20) Welk van deze middelen is je lievelingsproduct in de gevangenis?

.....

21) Welke van deze middelen heb je voor de eerste keer in de gevangenis gebruikt?

	Roken en/of slikken	Spuiten
Heroïne	1	2
Cocaine, crack	1	2
Speed, amfetamines	1	2
XTC	1	2
LSD, paddestoelen	1	2
Methadon, Pallium, Temgesic	1	2
Hashish, marihuana	1	2
Benzo's (Lexotan, Valium, Rohypnol)	1	2
Barbituraten	1	2
Alcohol	1	2
Andere : Welke: .....	1	2

22) Heb je de laatste keer dat je spoot in de gevangenis spuitmateriaal (spuit, lepel, filter, water) gedeeld?

- 1 Nooit gespoten
- 2 Ja
- 3 Neen

23)a. Heb je de laatste keer dat je spoot in de gevangenis je injectiemateriaal ontsmet?

- 1 Ja
- 2 Neen

24)b. Indien ja, hoe? .....

24) Heb je ooit zelf een overdosis gehad tijdens je opsluiting in deze gevangenis?

- 1 Ja
- 2 Neen

25) Heb je tijdens deze opsluiting iemand gezien voor een drugprobleem (meerdere antwoorden mogelijk)?

- 1 Neen
- 2 Ja, de gevangenisdokter/huisarts
- 3 Ja, een dokter/huisarts van buiten
- 4 Ja, zowel een gevangenisdokter als een dokter van buiten
- 5 Ja, de psychiater van de gevangenis
- 6 Ja, de psycholoog van de gevangenis
- 7 Ja, de sociaal assistent van de gevangenis

26) Wat heeft de dokter (arts/psychiater) voorgeschreven?

- 1 Niets
- 2 Methadon
- 3 iets anders. Wat ?.....

27) Waarom gebruik je drugs in de gevangenis: (meerdere antwoorden mogelijk)

- 1 Om mij te ontspannen
- 2 Om mijn problemen te vergeten
- 3 Voor mijn plezier
- 4 Omdat ik het gewoon ben van drugs te gebruiken
- 5 Om mij meer vertrouwen te geven
- 6 Omdat ik mij verveel
- 7 Om mijn agressie te verminderen
- 8 Om erbij te horen
- 9 Omdat ik onder druk word gezet door medege-detineerden om te gebruiken

28)a. Is het tijdens je huidig of vroeger verblijf in de gevangenis gebeurt dat je een schuld ten gevolge van druggebruik niet tijdig kon betalen?

- 1 Ja
- 2 Neen









## 5.2 BIJLAGE 2 : VRAGENLIJST GHQ 12 (DEEL « GEDETINEERDEN »)

Bent u de laatste tijd door zorgen veel slaap tekort gekomen ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Heeft u zich de laatste tijd kunnen concentreren op uw bezigheden ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad zinvol bezig te zijn ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Bent u de laatste tijd in staat geweest uw problemen onder ogen te zien ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Voelde u zich de laatste tijd in staat om beslissingen (over dingen) te nemen ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Heeft u zich de laatste tijd alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Heeft u de laatste tijd plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Heeft u zich de laatste tijd ongelukkig en neerslachtig gevoeld ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Bent u de laatste tijd het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

Heeft u zich de laatste tijd als een waardeloos iemand beschouwd ?

Helemaal niet

Niet meer dan gewoonlijk

Wat meer dan gewoonlijk

Veel meer dan gewoonlijk

### 5.3 BIJLAGE 3: VRAGENLIJST GERICHT AAN DE MEDISCHE DIRECTIE VAN DE INRICHTING (DEEL "MEDISCHE DIENST" VAN HET INSTRUMENT)

De eerstvolgende vragen hebben betrekking op het moment van binnenkomst van de gedetineerde in de gevangenis en op het eerste contact met de medische dienst.

Werd de gedetineerde op het moment van aankomst op schriftelijke wijze (brochure of nota) op de hoogte gebracht van het bestaan, de samenstelling en het functioneren van uw dienst?

nee ja

Worden volgende onderzoeken systematisch uitgevoerd:

Bloeddrukopname	altijd	vaak	zelden
Hart en longen auscultatie	altijd	vaak	zelden
Controle gezichtsvermogen	altijd	vaak	zelden
Onderzoek van mond en gebit	altijd	vaak	zelden

Wat is de gemiddelde duur van de eerste consultatie bij binnenkomst: ..... minuten

Stelt men systematisch (als het resultaat niet gekend is) volgende onderzoeken voor:

TBC controle	altijd	vaak	zelden
Hepatitis serologie	altijd	vaak	zelden
HIV serologie	altijd	vaak	zelden
.....	altijd	vaak	zelden

De volgende vragen hebben geen betrekking meer op het moment van binnenkomst!

Waar vinden de consultaties plaats:

- altijd op het medisch kabinet
- meestal in het medisch kabinet
- altijd in de cel
- meestal in de cel
- verdeeld over cel en medisch kabinet

Hoeveel gedetineerden ziet u per uur (buiten technische prestaties): .....

Is het mogelijk aan alle consultatie aanvragen te voldoen?

ja indien nee, %: .....

Beschikt de dienst over voldoende en aangepast materiaal?

ja nee, tekort aan: .....  
 .....  
 .....

Werkt u met bewaarders "die de functie van een verpleegkundige uitoefenen"?

- ja
- soms
- meestal
- nooit

Indien de medische dienst meerdere artsen tewerkstelt, kunnen de gedetineerden dan een arts kiezen?

- nee
- ja Opmerking: .....

Dient u controletesten uit te voeren die niet van medische aard zijn( vb. urineonderzoek op aanwezigheid van illegale drugs)?

- nooit
- vaak
- dikwijls

Hoe vaak kwamen het afgelopen jaar in uw instelling volgende feiten voor:

Overlijden (uitgezonderd suicide en overdosis): .....

Suicides (tentatief) : .....

(effectief) : .....

Overdosis (niet fataal): .....

(fataal): .....

Heeft de medische dienst in het afgelopen jaar één van de volgende acties voorgesteld:

Campagnes voor systematische vaccinatie?

- nee
- ja, in samenwerking met: .....

Campagnes voor gezichtscontrole?

- nee
- ja, in samenwerking met: .....

Campagnes ter controle van het functioneren van geheugen of andere intellectuele functies?

- nee
- ja, in samenwerking met: .....

Campagnes ter controle van het behoud van fysische conditie?

- nee
- ja, in samenwerking met: .....

Campagnes ter promotie van de persoonlijke hygiëne?

- nee
- ja, in samenwerking met: .....

Bestaan er in uw inrichting initiatieven om de detentie van de gedetineerden draaglijker te maken?

- nee
- ja (beschrijf ze kort en concreet)

.....

.....

.....



welke diensten participeren?

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
<i>Directie</i>		
<i>Medische dienst</i>		
<i>Psychosociale dienst</i>		
<i>Bewaarders</i>		
<i>Centrale Administratie</i>		
<i>Externe diensten (welke?)</i>		

Zijn er initiatieven om de transmissie van infectieuze aandoeningen te voorkomen?

nee

ja (beschrijf ze kort en concreet)

.....  
.....  
.....

welke diensten participeren?

	<i>ja</i>	<i>Nee</i>
<i>Directie</i>		
<i>Medische dienst</i>		
<i>Psychosociale dienst</i>		
<i>Bewaarders</i>		
<i>Centrale Administratie</i>		
<i>Externe diensten (welke?)</i>		

Bestaan er initiatieven om de gevallen van automutilatie (incl. hongerstakingen) in aantal en/of in ernst te verminderen

nee

ja (beschrijf ze kort en concreet)

.....  
.....  
.....

welke diensten participeren?

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
<i>Directie</i>		
<i>Medische dienst</i>		
<i>Psychosociale dienst</i>		
<i>Bewaarders</i>		
<i>Centrale Administratie</i>		
<i>Externe diensten (welke?)</i>		

Hebben bepaalde leden van uw dienst in de afgelopen 10 jaar een specifieke opleiding (langer dan 1 maand) genoten in één van de volgende domeinen?

<i>Functie</i>	<i>Analyse en institutionele relaties</i>	<i>Bijzonderheden betreffende gezondheid in gevangenissen</i>	<i>Gezondheidseducatie</i>
<i>Algemeen geneeskundige Tandarts Verpleegkundige</i>			
.....			
.....			

Hebt u afgelopen jaar deelgenomen aan volgende activiteiten (indien ze bestaan)?

	<i>nee</i>	<i>ja</i>	<i>Aantal vergaderingen</i>
<i>Aan de lokale stuurgroep (drugs)?</i>			
<i>Andere werkgroepen met betrekking tot het thema "gezondheid"?</i>			
.....			
.....			

Wij danken u voor de tijd en moeite die u hebt besteed bij het invullen van deze vragen lijst.

## 5.4 BIJLAGE 4: VRAGENLIJST GERICHT AAN DE DIRECTIE VAN DE INRICHTING (DEEL "ADMINISTRATIEVE DIRECTIE" VAN HET INSTRUMENT)

Elke directie van de instelling zal antwoorden op de volgende vragen:

De eerste vragen verwijzen naar de dag van de enquête bij de gedetineerden.  
Wat is de populatie van uw inrichting en wat is de capaciteit?

<i>Inrichting</i>	<i>Datum</i>	<i>Aantal mannen</i>	<i>Aantal vrouwen</i>	<i>Capaciteit mannen</i>	<i>Capaciteit vrouwen</i>

Uit hoeveel personen (en uurcontracten) bestaat het actieve personeel?

<i>Functie</i>	<i>Aantal</i>	<i>Contract</i>
<i>Directeur</i>		
<i>Administratief</i>		
<i>Huisarts</i>		
<i>Geneesheer-specialist (psychiater uitgezonderd)</i>		
<i>Geneesheer-psychiater</i>		
<i>Bewaarder</i>		
<i>Sociaal werker</i>		
<i>Verpleegkundige</i>		
<i>Psycholoog</i>		

De volgende vragen hebben betrekking op het voorbij kalenderjaar.

Wat was het aantal binnengekomen gedetineerden in het afgelopen jaar: .....

Bestaat er een "lokale stuurgroep" (drugs)?

neen

ja indien ja, wie maakt er deel van uit?

<i>Functie</i>	<i>Ja</i>	<i>neen</i>
<i>Directeur</i>		
<i>Administratief</i>		
<i>Huisarts</i>		
<i>Geneesheer specialist (psychiater uitgezonderd)</i>		
<i>Geneesheer psychiater</i>		
<i>Bewaarder</i>		
<i>Sociaal werker</i>		



wie neemt er aan deel?

<i>ja</i>	<i>neen</i>
<i>Directie</i>	
<i>Medische Dienst</i>	
<i>Psychosociale Dienst</i>	
<i>Bewaarders</i>	
<i>Centrale Administratie</i>	
<i>Externe Organisaties. Welke?</i>	

4/ welke (omschrijf deze concreet en kort): .....

.....

.....

.....

wie neemt er aan deel?

<i>ja</i>	<i>neen</i>
<i>Directie</i>	
<i>Medische Dienst</i>	
<i>Psychosociale Dienst</i>	
<i>Bewaarders</i>	
<i>Centrale Administratie</i>	
<i>Externe Organisaties. Welke?</i>	

5/ welke (omschrijf deze concreet en kort) : .....

.....

.....

.....

wie neemt er aan deel?

<i>ja</i>	<i>neen</i>
<i>Directie</i>	
<i>Medische Dienst</i>	
<i>Psychosociale Dienst</i>	
<i>Bewaarders</i>	
<i>Centrale Administratie</i>	
<i>Externe Organisaties. Welke?</i>	

Zijn er in uw instelling initiatieven om bepaalde gezondheidsproblemen te verminderen?  
(omschrijf ze concreet en kort)

Voor diegenen die meer dan 20 uur op 24 in de cel moeten doorbrengen:

neen

ja

.....

.....  
.....

wie neemt er aan deel?

<i>ja</i>	<i>neen</i>
<i>Directie</i>	
<i>Medische Dienst</i>	
<i>Psychosociale Dienst</i>	
<i>Bewaarders</i>	
<i>Centrale Administratie</i>	
<i>Externe Organisaties. Welke?</i>	

Om het geweld en zijn effecten te verminderen:

neen

ja

.....  
.....  
.....

wie neemt er aan deel?

<i>ja</i>	<i>neen</i>
<i>Directie</i>	
<i>Medische Dienst</i>	
<i>Psychosociale Dienst</i>	
<i>Bewaarders</i>	
<i>Centrale Administratie</i>	
<i>Externe Organisaties. Welke?</i>	

Om de effecten van de overbevolking tegen te gaan:

neen

ja

.....  
.....  
.....

wie neemt er aan deel?

<i>ja</i>	<i>neen</i>
<i>Directie</i>	
<i>Medische Dienst</i>	
<i>Psychosociale Dienst</i>	
<i>Bewaarders</i>	
<i>Centrale Administratie</i>	
<i>Externe Organisaties. Welke?</i>	

Voor andere problemen: .....

neen

ja

.....

.....

.....

wie neemt er aan deel?

	<i>ja</i>	<i>neen</i>
<i>Directie</i>		
<i>Medische Dienst</i>		
<i>Psychosociale Dienst</i>		
<i>Bewaarders</i>		
<i>Centrale Administratie</i>		
<i>Externe Organisaties. Welke?</i>		

We danken U voor uw tijdsinvestering om ons deze gegevens over te maken.

## 6 BIBLIOGRAFIE

ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr., *Politique pénitentiaire en matière de drogues*, Rapport de recherche commandité par l'Administration des établissements pénitentiaires et dirigé par D. Kaminski et Ph. Mary, UCL/ULB, oktober 1997.

BERKELMAN, R.L., *et al.*, "Public health surveillance", In *Oxford Textbook of Public Health*, 3<sup>rd</sup> ed., (ed. R. Detels, W. W. Holland, J. McEwen and G. S. Omenn), Oxford, Oxford University Press, 1997, pp 735-750.

BIELEMAN, B., VANDER LAAN, R., *Stok achter de deur. Onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden*, Groningen, Bureau Intraval, 1999.

BIRD, A.G., GORE, S.M., JOLLIFFE, D.W., BURNS, S.M., "Second anonymous HIV surveillance in Saughton Prison", *AIDS*, 1993, vol.7, n°9, pp. 1277-1279.

DAVID, E., « Le droit à la santé comme droit de la personne humaine », *Rev. québécoise dr. intern.*, 1985, pp. 64-115.

DE RUYVER, B., VAN LIMBERGEN, M., BALTHAZAR, T., VAN DAELE, L., VANDER BEKEN, T., VERMEULEN, G., VAN IMPE, K., FLAVEAU, A., *Penitentiair drugsbeleid. Voorontwerp van beleidsnota voor de aanpak van de druggerelateerde problemen in de belgische penitentiaire inrichtingen vanuit een geïntegreerd perspectief*, Gent, R.U.G., 1997.

DORMAN, A., *et al.*, « Psychiatric morbidity in sentenced segregated HIV positive prisoners", *British Journal of Psychiatry*, 1993, vol.163, pp. 802-805.

DUTCH REPORT, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 september 1999.

ENGLAND AND WALES REPORT, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 september 1999.

EUROPEAN NETWORK ON HIV/AIDS AND HEPATITIS PREVENTION IN PRISONS, *2<sup>nd</sup> Annual Report* : mei 1998, Bonn-Marseille, 1999

FRENCH REPORT, RESSCOM Survey, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 september 1999.

HOBI, V., *et al.*, « Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ », *Schweiz Rundsch Med Prax.*, 1989, vol. 78, n°9, pp. 219-225.

IDEWE, *De prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België*, Onderzoeksrapport, Brussel, 1994.

KAMINSKI, D. : « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviante et Société*, 1990, vol. 14, n°2, pp. 179-196

LAUWERS, N., VAN MOL, Fr., « La réalité pénitentiaire en matière de drogue » in *Drogues et prison*, Actes de la journée d'études du 22 avril 1994 organisée par Présence et Action culturelles, Brussel, La Charte, Dossier Revue de droit pénal et de criminologie, 1995, pp. 27-35.

MOUQUET, M.-C., DUMONT, M., BONNEVIE, M.-C., *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*, Parijs, DREES, Etudes et Résultats, n° 4, janvier 1999.

MUSCAT, R., *Malta Report*, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 september 1999.

O'MAHONEY, P., *Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile*, Department of Justice, 1997.

ROTILY, M., *French Report*, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 september 1999.



THACKER, S.B., *et al.*, "A method for evaluating systems of epidemiological surveillance", *World Health Statistics Quarterly*, 1988, n°41, pp.11-18.

TODTS, S., FONCK, K., COLEBUNDERS, R., VERCAUTEREN, G., DRIESEN, K., UYDEBROECK, M., VRANCK, R., VAN MOL, F., "Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian Prison", *Arch. Public Health*, 1997, n°55, pp. 87-97.

TURNBULL, P., STIMSON, G., STILLWELL, G., *Drug use in prison*, London, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.

WANLIN D., *Etude pilote : dépistage de la tuberculose dans les prisons de la Communauté française de Belgique*, Brussel, FARES, 1992.

WEILANDT, C., ROTILY, M., *et al.*, *European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons. 2<sup>nd</sup> Annual Report*, Bonn-Marseille, may 1998.

WEILANDT, C., ROTILY, M., *European Network on HIV/AIDS prevention in Prisons, Final Report on the EU project*, february 1997.

WHO, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Health Interview Surveys, towards international harmonization of methods and instruments*, WHO Regional Publications, European Series, n° 58, 1996, pp 68-71.