

FREE CLINIC VZW

MODUS VIVENDI ASBL

UNIVERSITE LIBRE BRUXELLES, ECOLE DES SCIENCES CRIMINOLOGIQUES LEON CORNIL

UNIVERSITE CATHOLIQUE LOUVAIN, DEPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE ET DE DROIT PENAL

GEZONDHEID EN DRUGGEBRUIK

IN HET PENITENTIAIR MILIEU

Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument

**WILLY DE MAERE
FABIENNE HARIGA
FREDERIQUE BARTHOLEYNS
MARK VANDERVEKEN**

Onder leiding van :

**Sven TODTS
Philippe MARY
Dan KAMINSKI**

ONDERZOEKSRAPPORT MAART 2000

**EEN ONDERZOEK 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 om mee richting te geven aan dit onderzoek*
- *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 Przulucki, 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>METHODOLOGIE: HET VERLOOP VAN HET ONDERZOEK</u>	4
<u>2.1</u>	<u>VOORSTELLING</u>	4
<u>2.2</u>	<u>DE EERSTE FASE</u>	6
<u>2.3</u>	<u>DE TWEEDE FASE</u>	7
<u>2.4</u>	<u>DE DERDE FASE</u>	13
<u>2.5</u>	<u>DE VIERDE FASE</u>	15
<u>3</u>	<u>ENKELE SPECIFICATIES VAN DE GEVANGENIS-POPULATIE</u>	16
<u>3.1</u>	<u>INLEIDING</u>	16
<u>3.2</u>	<u>HET PROBLEEM VAN DE OVERBEVOLKING</u>	16
<u>3.3</u>	<u>KARAKTERISTIEKEN VAN DE GEVANGENIS-POPULATIE</u>	17
<u>3.3.1</u>	<u>Verdeling volgens de aard van de detentie</u>	18
<u>3.3.2</u>	<u>Verdeling volgens leeftijdsgroepen en sekse</u>	18
<u>3.3.3</u>	<u>Verdeling volgens herkomst</u>	18
<u>3.3.4</u>	<u>Socio-professionele situatie</u>	19
<u>3.3.5</u>	<u>Overrepresentatie van druggebruikers in de gevangenis</u>	19
<u>3.4</u>	<u>HET GEZONDHEIDSPROFIEL VAN DE PENITENTIAIRE POPULATIE</u>	24
<u>3.4.1</u>	<u>Verband tussen armoede en slechte gezondheid</u>	24
<u>3.4.2</u>	<u>De gezondheid van de personen in de gevangenis</u>	26
<u>3.4.2.1</u>	<u>HIV/AIDS infecties</u>	27
<u>3.4.2.2</u>	<u>Specifieke situatie bij vrouwen en minderjarige gevangenen</u>	32
<u>3.4.2.3</u>	<u>Hepatitis B en C</u>	32
<u>3.4.2.4</u>	<u>Tuberculose</u>	35
<u>3.4.2.5</u>	<u>Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's):</u>	36
<u>3.4.2.6</u>	<u>Zelfmoord en zelfverminking</u>	36
<u>3.5</u>	<u>BESLUIT</u>	37
<u>4</u>	<u>DE RELATIES IN DE GEVANGENIS EN DE AANWEZIGHEID VAN DRUGS</u>	38
<u>4.1</u>	<u>INLEIDING</u>	38
<u>4.2</u>	<u>DE DRUGHANDEL</u>	38
<u>4.2.1</u>	<u>De organisatie van de handel en de wijzen van binnenbrengen van drugs</u>	38
<u>4.2.2</u>	<u>De beschikbare middelen</u>	40

<u>4.3</u>	<u>HET RELATIONELE ASPECT</u>	42
4.3.1	<u>Relaties tussen gedetineerden onderling</u>	42
4.3.2	<u>De relaties tussen de bewaarders en gedetineerden</u>	44
4.3.3	<u>De verschillende vormen van geweld en hun effecten</u>	46
4.3.3.1	<u>Geweld van gebruikers t.o.v. zichzelf en andere gebruikers</u>	47
4.3.3.2	<u>Geweld door gebruikers t.o.v. niet-gebruikers en omgekeerd</u>	47
4.3.3.3	<u>Geweld gelieerd aan drughandel en drugschulden</u>	48
4.3.3.4	<u>Geweld tussen gebruikers en het personeel</u>	50
<u>4.4</u>	<u>BESLUIT</u>	51
<u>5</u>	<u>HET PENITENTIAIR BELEID</u>	52
<u>5.1</u>	<u>INLEIDING</u>	52
<u>5.2</u>	<u>DE "STRIJD" TEGEN HET DRUGGEBRUIK</u>	55
5.2.1	<u>Inleiding</u>	55
5.2.2	<u>De Detectie</u>	55
5.2.2.1	<u>De technieken voor detectie van de producten</u>	55
5.2.2.2	<u>Identificatie van druggebruikers</u>	56
5.2.3	<u>De Sancties</u>	59
5.2.3.1	<u>Inventaris van sancties</u>	59
5.2.3.2	<u>De interventies van de bewaarders en de directies</u>	61
5.2.4	<u>Besluit</u>	63
<u>5.3</u>	<u>HET REGIME</u>	65
5.3.1	<u>Inleiding</u>	65
5.3.2	<u>De 'hulpbronnen' van de gedetineerden</u>	66
5.3.3	<u>Specifieke regimes</u>	69
5.3.3.1	<u>Algemene overwegingen</u>	69
5.3.3.2	<u>De psychiatrische annexes</u>	69
5.3.3.3	<u>De drugvrije secties</u>	70
5.3.4	<u>De vorming</u>	72
5.3.5	<u>Besluit</u>	76
<u>5.4</u>	<u>DE BEHANDELING</u>	77
5.4.1	<u>Inleiding</u>	77
5.4.2	<u>De vraag</u>	78
5.4.3	<u>Het aanbod</u>	81
5.4.3.1	<u>De medische dienst</u>	82
5.4.3.2	<u>De psychosociale dienst</u>	86
5.4.3.3	<u>De externe interveniënten</u>	87
5.4.4	<u>De medicatie</u>	91
5.4.4.1	<u>Het medicatieverbruik</u>	91
5.4.4.2	<u>De bevoorrading en het voorschrijven van geneesmiddelen</u>	92
5.4.4.3	<u>Het gereedmaken en verdelen van de geneesmiddelen</u>	94
5.4.4.4	<u>De ontwenning</u>	96

5.4.4.5	De behandelingen met vervangingsmiddelen	96
5.4.5	Preventie	99
5.4.5.1	Opsporingsmogelijkheden	99
5.4.5.2	De bereikbaarheid van vormen en informatie m.b.t. gezondheid: kennis van de risico's ¹⁰³	103
5.4.6	Besluit	103
5.5	BESLUIT	106
6	GEDRAG DAT RISICO'S KAN GENEREREN IN DE GEVANGENIS	107
6.1	INLEIDING	107
6.2	DRUGGEBRUIK	107
6.2.1	Motivatie voor gebruik: de waarde die de gedetineerde hecht aan gebruik	107
6.2.2	Druggebruik en mogelijk risicogedrag	108
6.2.2.1	Initiatie tot gebruik	108
6.2.2.2	Herval / Stoppen	110
6.2.2.3	De gebruiksmodellen	111
6.2.2.4	Overdosis	122
6.3	ANDERE GEDRAGINGEN DIE RISICO'S GENEREREN	125
6.3.1	Seksualiteit	125
6.3.2	Tatoeages en Piercing	127
6.3.3	Het delen van persoonlijk hygiënisch materiaal	128
6.4	BESLUIT	129
7	ONTWIKKELING VAN EEN EPIDEMIOLOGISCH INSTRUMENT	131
7.1	INLEIDING	131
7.2	DE KWALITEITEN VAN EEN MONITORING-SYSTEEM	131
7.3	ALGEMENE BESCHOUWINGEN	132
7.4	HET EPIDEMIOLOGISCH INSTRUMENT	133
7.4.1	Inleiding	133
7.4.2	Het eerste luik: risicofactoren die betrekking hebben op de gezondheid van de gedetineerden	135
7.4.2.1	Pretest	135
7.4.2.2	De vragenlijst voor gedetineerden	191
7.4.2.3	Modaliteiten m.b.t. de afname van de voorgestelde vragenlijst	200
7.4.3	Het tweede luik: epidemiologische gegevens en meting van de gezondheidstoestand	203
7.4.3.1	Analyse van de bestaande instrumenten	203
7.4.3.2	Deel 1: Opmeten van de algemene gezondheids-toestand	208
7.4.3.3	Deel 2: Het meten van het voorkomen van risico-aandoeningen	212

7.4.4	Het derde luik: omgevingsrisicofactoren en diensten	214
7.4.4.1	Inleiding	214
7.4.4.2	Vragenlijst voor de directie	214
7.4.4.3	Vragenlijst voor het hoofd van de medische dienst van de gevangenis	220
7.5	INTEGRATIE EN INTERPRETATIE VAN DE VERKREGEN GEGEVENS	225
7.5.1	Toepassingsmodaliteiten	225
7.5.2	Voorafgaande test	225
7.5.3	Verspreiding van de resultaten	226
8	GLOBAAL BESLUIT:	227
8.1	INLEIDING	227
8.2	DETECTIE	228
8.3	SANCTIES	229
8.4	REGIME	230
8.5	BEHANDELING	231
8.5.1	Algemeenheden	231
8.5.2	Psychosociale zorgverstrekking	232
8.5.3	Medische zorgverstrekking	233
8.6	STRUCTUUR	236
8.7	VORMING	236
8.8	ONDERZOEKEN EN VOORUITZICHTEN	238
9	BIBLIOGRAFIE	240

1 ALGEMENE INLEIDING

Ofschoon druggebruik iets is dat men in de ganse loop van de menselijke geschiedenis en in alle culturen kan terug vinden, is het vooral in de laatste decennia dat druggebruik, en dan vooral het gebruik van illegale producten, niet meer weg te denken is uit het Europese maatschappelijk leven. Ondanks de zogenaamde "oorlog tegen drugs", zijn er meer en meer producten die de markt overspoelen en meer en meer gebruikers. Deze "oorlog tegen drugs", die geconcretiseerd wordt op politiek-justitieel vlak via de wet op de verdovende middelen heeft echter wel ingrijpende repercussies gehad voor de penitentiaire instellingen. Zo is het aantal druggebruikers dat, hetzij voor bezit, hetzij voor handel, hetzij voor druggerelateerde feiten, in detentie verblijft het laatste decennium enorm toegenomen. Algemeen wordt aangenomen, dat heden ten dage ongeveer 50% van de gevangenispopulatie druggebruikers zijn, waaronder 30% (hetzij 15% van de ganse populatie) die intraveneus gebruikt(en). Dat deze explosieve aangroei van druggebruikers het gevangeniswezen voor nieuwe uitdagingen stelt, mag evident zijn. Eén van de belangrijkste elementen is ongetwijfeld de preventieve en curatieve gezondheidszorg.

Dit rapport is een neerslag van een onderzoek dat peilde naar druggebruik en risicogedrag in de gevangenis met de uiteindelijke doelstelling een epidemiologisch onderzoeksinstrument te ontwikkelen en aldus de gezondheid van gedetineerden, en in extenso het personeel, in penitentiaire instellingen te verbeteren.

Het lijkt ons dan ook noodzakelijk vooreerst een verduidelijking te geven van enkele begrippen, zoals ze gedefinieerd werden door de onderzoeksploeg.

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"¹ 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.

Wanneer we het begrip "gezondheid" gebruiken, nemen we als referentie de algemene definitie van de Wereld Gezondheids Organisatie (WGO)², zelfs wanneer deze een ideaal nastreeft dat moeilijk te bereiken is in het dagelijkse leven, laat staan in een penitentiair milieu. De relatie, goed of slecht, die een persoon heeft met het product dat hij gebruikt, wordt dus niet in aanmerking genomen als de enige indicatie voor gezondheid.

Dit onderzoek heeft zich in de eerste plaats gericht op de problematiek van zogenaamde illegale drugs. Een verenging die ingegeven werd door de beperkte middelen in tijd en 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 psychotrope

¹ KAMINSKI, D. : « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviance et Société*, 1990, vol. 14, n°2, p.197-196

² Definitie WGO :"is gezondheid de toestand van algeheel fysisch, mentaal en sociaal welbevinden, en bestaat ze niet enkel uit de afwezigheid van ziekte of gebrek"

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 wat dieper in te gaan op de problematiek van deze zogenaamde psychotrope substanties.

Het wetenschappelijk onderzoek dat in Frankrijk gevoerd werd door Professor Roques³ besluit op overduidelijke wijze met een overzichtstabel die heroïne en alcohol op gelijke voet plaatst. Dit rapport is trouwens niet het enige. Ook in Engeland worden gelijkaardige conclusies getrokken m.b.t. tabak (uitzondering gemaakt voor de 'sociale gevaarlijkheid' gezien het illegale karakter van opiaten).⁴

Daarnaast stelt M. Gentilini⁵ dat een goede preventieve en curatieve zorg het geheel van de afhankelijkheidsproblemen moet aanpakken, of deze nu illegaal zijn of niet. Tenslotte duidt het werk van M. Jaeger en M. Monceau⁶ de overeenkomst aan die door gedetineerden gegeven wordt aan psychotrope medicatie en illegale drugs in de gevangenis. Hierbij wordt aan deze psychotrope medicamenten dezelfde functie toegekend, namelijk het "gezondheidsdeficit" (stress, angst, slapeloosheid) tengevolge van de opsluiting zoveel mogelijk tegen gaan, vooral in de eerste weken van de detentie.

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.

Dit onderzoeksrapport werd als volgt opgebouwd:

- 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

³ Problèmes posés par la dangérosité des "drogues" ; Rapport du Professeur Roques au Secrétaire d'Etat à la Santé, MILDT, mei 1998

⁴ BRITTON J. et al; Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, London, february 2000

⁵ GINTILINI M.; Problèmes sanitaires dans les prisons : maladies infectieuses et toxicomanies ; Flammarion, Paris, 1998

⁶ JAEGER M., MONCEAU M.; La consommation des médicaments psychotropes en prison, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1996

- **“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”**. In deel 7 wordt dit instrument, dat bestaat uit drie luiken, voorgesteld. 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.

2 METHODOLOGIE: HET VERLOOP VAN HET ONDERZOEK

2.1 VOORSTELLING

Punt X van het "Programma van toekomstgericht socio-economisch onderzoek", goedgekeurd in de Ministerraad van 17 maart 1995, voorziet in het uitvoeren van studies die moeten helpen bij de politieke besluitvorming. In dat kader hebben de Federale diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden 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 vóór, tijdens en na detentie."

Twee onderzoeksprojecten werden weerhouden: dat van de Free Clinic en van haar partner, Modus Vivendi, en dat van de Université Libre Bruxelles en de Université Catholique de Louvain. De voorliggende studie werd gedurende één jaar uitgevoerd door negen onderzoekers: drie personen voor een equivalent van 9 maanden voltijdse functie (VT) bij Free Clinic, vier personen voor een equivalent van een halfzijdse functie (HT) voor 1 jaar bij Modus Vivendi, één persoon die voor één jaar geëngageerd werd voor een halfzijdse functie bij de U.L.B. en 1 persoon voor een jaar met een kwart timefunctie bij de U.C.L. De samenstelling van het onderzoeksteam vereiste, in een eerste stadium, het organiseren van voorbereidende sessies, teneinde een gemeenschappelijk onderzoeksprotocol op punt te stellen dat beide projecten verenigde, en dat eveneens de samenwerkingsmodaliteiten en de taakverdeling tussen de verschillende onderzoekers moest bepalen.

Tijdens die sessies werden door het onderzoeksteam verschillende gemeenschappelijke uitgangspunten benadrukt:

1. Het huidig onderzoek situeert zich exclusief in het kader van de gezondheidsproblematiek in de gevangenis. Om deze invalshoek te vrijwaren, en om het epidemiologisch instrument niet oneigenlijk te zien toepassen voor controle op en repressie van het druggebruik, 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. Met die bedoeling werd aan de onderzoekscontracten een bijvoegsel gehecht, meer bepaald aan artikel 8 : Eigendom en valorisatie van de onderzoeksresultaten, waarvan de tekst als volgt luidt: "het epidemiologisch onderzoeksinstrument, dat werd ontwikkeld in het kader van dit onderzoek, zal uitsluitend worden gebruikt door onderzoeksinstellingen met een rechtspersoonlijkheid andere dan die van de Staat of door privé-instellingen."
2. Zoals gesteld wordt in het eerste principe van de inleiding van de Charter van de Wereld GezondheidsOrganisatie (WGO) is "gezondheid de toestand van algeheel fysisch, mentaal

en sociaal welbevinden, en bestaat ze niet enkel uit de afwezigheid van ziekte of gebrek”⁷. 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.

3. 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 gezondheidsbeleid 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.

Wat de taakverdeling betreft hebben wij ervoor geopteerd om de verschillende fasen van het onderzoek (gaande van de voorbereiding tot het opstellen van het eindrapport) te beschouwen als één geheel; alle onderzoekers hebben dus deelgenomen aan alle fasen bij de uitwerking van het project. Deze optie liet ons toe om ten volle gebruik te maken van de voordelen van de multidisciplinaire samenstelling van het onderzoeksteam (artsen, criminologen, psychologen,...). We moeten hier nochtans twee uitzonderingen vermelden: de eerste betreft de coördinatie van het onderzoek, die verzekerd werd door Free Clinic; de tweede betreft het verzamelen van empirische gegevens: dat werd vooral gedaan door Free Clinic en Modus Vivendi.

Voor een eenvoudigere voorstelling kan het voorliggend onderzoek in vier fasen worden onderverdeeld.

⁷ 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. Quebecoise 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”.

2.2 DE EERSTE FASE

De eerste fase van het onderzoek was enerzijds gewijd aan het verzamelen en analyseren van beschrijvend en analytisch documentatiemateriaal, zowel op nationaal als op internationaal vlak, waarbij het voornaamste doel was om de probleemstelling te omschrijven en de nuttige parameters voor de behandeling vast te stellen. Anderzijds was deze fase gewijd aan het onderzoek, middels contacten met Europese netwerken, van epidemiologische instrumenten die bestaan op het vlak van de gezondheid in het algemeen, en meer in het bijzonder op het vlak van druggebruik *intra en extra muros*.

In dit opzicht werden aan de verschillende onderzoekspartners taken toegekend in functie van de specifieke bekwaamheden van de onderzoekers. Zo heeft Free Clinic zich toegespitst op het risicogedrag en op de gezondheidsaspecten van het druggebruik; Modus Vivendi richtte zich in het bijzonder naar besmettelijke ziekten (HIV/AIDS, hepatitis B en C), de U.L.B. verdiepte zich in vragen betreffende de strafrechtelijke en penitentiaire politiek met het oog op de contextualisering van het epidemiologisch instrument. De U.C.L. boog zich over het onderzoek van de belangrijkste factoren waarmee het instrument rekening moest houden op het vlak van de gezondheid, van de internationale aanbevelingen op dat vlak, van de instrumenten die in andere landen bestaan, van de reeds bestaande middelen en van de middelen die in de nabije toekomst zullen ontwikkeld worden in de schoot van de penitentiaire administratie en die nuttig gebruikt zouden kunnen worden bij het antwoorden op de vragen (of een deel daarvan) die door de opdrachtgevers van het onderzoek werden gesteld.

Deze voorafgaande analyse van de bestaande literatuur werd aangevuld met de deelname van sommige teamleden aan verscheidene colloquia en conferenties: De Derde Europese Conferentie over H.I.V. en virale hepatitis in het gevangenis milieu (Milaan, 28-29 mei 1999), de vijf seminaries betreffende de gezondheid in de gevangenis, georganiseerd door FIDEX⁸ van februari tot juni 1999, de studiedagen *Justitieel Beleid*, georganiseerd door DWTC op 11,25 mei en 1 juni 1999, de reflectienamiddag georganiseerd door het samenwerkingsplatform voor de geestelijke gezondheid van Brussel-Hoofdstad op 1 oktober 1999 rondom het thema *Wat is het raakvlak tussen Geestelijke gezondheid en Justitie?*, de seminariecycleus 1999 georganiseerd door Interstices asbl van het CHU Saint-Pierre over het thema 'Drogues et sciences de la vie humaine', het colloquium *Drugbeleid 2000*, georganiseerd door de RUG en de Universiteit van Luik, "Werkgroep 3: Drughulpverlening in de gevangenis" (26 -27 oktober 1999), 'The seminar on drug misusing offenders in prison and after release', georganiseerd door de Pompidou groep (Straatsburg 4-6 oktober 1999).

Informatie werd eveneens ingewonnen door middel van gesprekken met vertegenwoordigers van de centrale medische dienst en van de psychosociale dienst van het Directoraat-generaal Strafinrichtingen. De aanverwante sector van justitieel welzijnswerk en van de drughulpverlening werd eveneens geraadpleegd, bijvoorbeeld de dienst justitieel welzijnswerk van Antwerpen en de leden van de V.V.B.V. (Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslavingszorg). Tenslotte werden meerdere buitenlandse experts geraadpleegd: die van het

⁸ FIDEX: Fédération bruxelloise des institutions pour détenus et ex-détenus.

netwerk REITOX verbonden aan het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, die van het Haut Comité de la Santé Publique in Frankrijk, dokter J.Hawkes, coördinatrice van het project "Health in Prisons" van het Europese Bureau van de WGO, of universitaire onderzoekers bij het 'Maison des sciences de l'homme' (M.Bessin) of van de l'Université Paris 7 (D.Lhuillier), Cranstoun Drugs Services (F. Ambrosini), Trimbos Instituut (F. Trautmann) en het Europees Project : Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System.

Het past hier te vermelden dat het literatuuronderzoek niet het onderwerp uitmaakt van een specifiek deel van het voorliggende rapport. Het leek ons zinvoller om de literatuurstudie in te bedden in de empirische analyse. Deze werkwijze biedt het voordeel nodeloze herhalingen te vermijden en biedt een ondersteuning voor hypothesen en/of keuzes in het tot stand brengen van het epidemiologisch instrument.

2.3 DE TWEDE FASE

De tweede fase van het onderzoek betreft het op punt stellen van de pre-enquête, de realisatie ervan en de behandeling van de verzamelde gegevens.

In eerste instantie heeft het onderzoeksteam de vraag moeten oplossen welke methode, de kwalitatieve (interview) of kwantitatieve (vragenlijst), de beste was om deze pre-enquête te doen. Gesteld dat "elke methodologie gekozen moet worden in functie van de doelstellingen van het onderzoek, in functie van het verhoopde resultaat, en van het soort analyse dat men wenst te doen"⁹, zijn wij tot het besluit gekomen dat een peiling niet het beste middel was voor ons onderzoeksterrein. Inderdaad, het doel van de pre-enquête was niet om gegevens te verzamelen die resultaten moesten opleveren betreffende het druggebruik en de daaraan verbonden risico's, maar het onderkennen van de noodzakelijke elementen voor het opstellen van het epidemiologisch instrument. De pre-enquête moest dus enerzijds dienen om de (gedrags- en contextuele) variabelen vast te stellen die een weerslag hebben op de gezondheid van de gedetineerden, het gebruik van drugs en de gezondheidsrisico's die ermee samenhangen in het gevangenis milieu. Anderzijds moest de pre-enquête eveneens dienen om de voorwaarden te ontdekken waarin de epidemiologische gegevens worden verzameld bij de gedetineerden en eventueel bij de bewaarders. Deze voorwaarden zouden moeten beantwoorden aan de kwaliteitscriteria van een epidemiologisch monitoringsysteem.¹⁰ Meer in het bijzonder is de aanvaardbaarheid van het systeem, en dus de participatie van de betrokken actoren, van belang. Het is dus de precisie en de diepgang van de informatie die we wensten te verwerven die bepalend is geweest in de keuze voor de semi-gestructureerde interviews, uitgaande van de veronderstelling dat de gemakkelijkst verkregen informatie – die bereikt wordt via een vragenlijst -ook de meest oppervlakkige is, de meest stereotiepe en de meest generaliseerde, terwijl de informatie die men via een interview verwerft op een dieper niveau

⁹ ALBARELLO, L., DIGNEFFE, Fr., HIERNAUX, J.-P., MAROY, Chr., RUQUOY, D., de SAINT-GEORGES, P. ; Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales, Paris, Armand Collin uitg., reeks "Cursus", 1995, p.34.

¹⁰ Zie hiervoor Hoofdstuk 7: Ontwikkeling van een epidemiologisch instrument.

ligt, want er bestaat een relatie tussen de graad van vrijheid van spreken en het niveau van de diepte van de informatie, die zou beknot worden door het gebruik van een andere werkwijze¹¹.

Nu wij, met het oog op de beoogde doelstellingen, het belang hebben aangetoond van een kwalitatieve benadering van het inductieve type, althans in de verkennende fase die voorafgaat aan het op punt stellen van het epidemiologisch instrument, moeten wij nog drie andere niveaus van methodologische vragen onder ogen zien: bij wie gaan wij de gegevens halen, op welke manier gaan we de gegevens verzamelen en hoe gaan we die gegevens behandelen?

De eerste vraag, namelijk die naar de samenstelling van de steekproef, verplichtte ons om de referentiepopulatie te definiëren. Deze populatie bestaat enerzijds uit gedetineerden (gebruikers en niet-gebruikers) en anderzijds uit alle personeelsleden van de penitentiaire inrichtingen (namelijk medisch, psychosociaal, bewakend en leidinggevend). De keuze voor de eerste groep vindt haar motivatie in het feit dat we ons wilden verdiepen in de praktijk van het druggebruik, het risicogedrag en andere factoren die daarmee samenhangen en die een weerslag hebben op de gezondheid van de gedetineerden. De keuze voor de tweede groep werd bepaald door het feit dat de bovenvermelde personeelsleden allen op één of andere manier geconfronteerd worden met de problematiek van het druggebruik.

Wat de keuze van de steekproef betreft weten we dat men "in kwalitatieve studies een beperkt aantal personen ondervraagt. De vraag van de representativiteit in de statistische zin van het woord stelt zich dus niet. Het criterium dat de waarde van de steekproef bepaalt valt samen met de doelstellingen van het onderzoek, waarbij we als principe stellen dat er zoveel mogelijk verschillende personen moeten worden ondervraagd, en dat er dient op gelet dat geen enkele belangrijke situatie wordt vergeten. In deze optiek werden de individuele personen niet gekozen omwille van het numeriek belang van de categorie die ze vertegenwoordigen, maar veeleer omwille van hun exemplarisch karakter"¹². Het komt er dus in wezen op aan om die variabelen te kiezen waarvan men veronderstelt dat ze zullen toelaten om duiding te geven over de diversiteit aan mogelijke reacties ten aanzien van het bestudeerde fenomeen: er zijn klassieke variabelen (sekse, leeftijd,...) die, wat ook het onderwerp van de studie is, socialisatieverbanden vormen die zulke verschillen veroorzaken, en er zijn strategische variabelen die verband houden met het thema van de studie.

Gezien de materiële grenzen van het onderzoek en gezien één van de criteria tot validatie van kwalitatieve methodes, met name het criterium saturatie¹³, hebben wij het aantal te bevragen personen vastgesteld op veertig, temeer daar de ervaring leert dat over het algemeen, na de eerste dertig of veertig gesprekken, er onvoldoende extra informatie wordt aangebracht die een

¹¹ MICHELAT, G. ; "Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie" Rev.fr.sociol., 1975, vol.XVI, p.231.

¹² ALBARELLO, L.; *et al.*, *op.cit.*, p.72.

¹³ MUCHIELLI, A. ; *Les méthodes qualitatives*, Paris, PUF, coll. "Que sais-je?", n° 2591, 2de ed., 1994, pp. 16-19. Saturatie is een criterium voor wetenschappelijkheid en betrouwbaarheid op dezelfde wijze als de representativiteit in de statistische methodes. De andere criteria tot validatie van de kwalitatieve methodes zijn: interne acceptatie (de resultaten van het onderzoek moeten als pertinent erkend worden door de sociale actoren waarop het onderzoek slaat); de volledigheid (criterium dat samenhangt met de kwaliteit van de synthese die de globaliteit van het fenomeen moet weergeven); interne samenhang (het beschreven fenomeen wordt begrijpelijk gemaakt door rekening te houden met de totaliteit als samenhangend systeem); externe bevestiging (aannemelijkheid van de resultaten voor specialisten en experts in de materie, maar die de studie zelf niet hebben verricht [erkenning van de geloofwaardigheid van de resultaten]).

verdere verhoging van het aantal gesprekken zou kunnen rechtvaardigen¹⁴. Saturatie wordt immers bereikt als de gebruikte technieken geen nieuwe elementen meer opleveren en er een solide basis voor veralgemening is.¹⁵

Rekening houdend met de bekommernis voor de spreiding van de ondervraagde personen, kunnen deze in vier groepen worden ingedeeld;

1. Een tiental gedetineerden, voor de helft gespreid over Franstalige (6 gedetineerden) en Nederlandstalige gevangenen (5 gedetineerden). Om de keuzemethode van de te bevragen gedetineerden niet te zwaar noch te duur te maken, maar ook met de bekommernis om de totale populatie gedetineerden te bereiken (druggebruikers of niet) die bereid zijn te praten over de problematiek van deze studie, werd een oproep voor vrijwilligers uitgehangen in alle secties en op de medische dienst van de gevangenen die werden uitgekozen voor de pre-enquête¹⁶. Die oproep aan de vrijwilligers omschreef het onderwerp van de studie, het statuut van de onderzoeksinstanties (onafhankelijk van de penitentiaire administratie) en het feit dat de deelnemers zouden worden beloond met een telefoonkaart. De inschrijving van vrijwillige gedetineerden ging via de medische dienst. Tussen de gedetineerden die de oproep beantwoordden kwamen bij voorkeur de eerste intekenaars in aanmerking, waarbij een evenwicht werd nagestreefd tussen druggebruikers en niet-gebruikers. De vrouwen (twee in totaal) werden eveneens in aanmerking genomen, vermits er onder gedetineerde vrouwen een hoog aantal druggebruikers zijn.
2. Aanvankelijk hadden we besloten om een tiental ex-gedetineerden te interviewen die een lange voorgeschiedenis van druggebruik en detentie achter de rug hadden, vermits die ons meer geneigd leken om vrijuit te spreken dan gedetineerden zelf. Inderdaad, bij vorige onderzoeken had Modus Vivendi moeilijkheden gehad m.b.t. de kwaliteit van de informatie uit gesprekken met gedetineerden. Deze moeilijkheden waren te wijten aan het feit dat deze laatste eerder gereserveerd en wantrouwig waren om over sommige thema's te spreken. Een ander element om dergelijke keuze te rechtvaardigen was dat ex-gedetineerden meerdere gevangenen hadden gekend, en ook de verscheidene fasen van opsluiting (voorlopige hechtenis, veroordeling, penitentiaal verlov, vrijlating). We hadden het aantal te interviewen ex-gedetineerden op vijftien gesteld voor het geval dat te weinig gedetineerden zich als vrijwilligers zouden melden; tenslotte werden achttien personen geïnterviewd (zes Franstaligen en twaalf Nederlandstaligen). Dat kwantitatieve verschil is te wijten aan het verschil in contactmogelijkheden met ex-gedetineerde druggebruikers tussen het Franstalig en het Nederlandstalig landsgedeelte. Aan Nederlandstalige kant werden de ex-gedetineerde druggebruikers gecontacteerd op twee manieren: via het ambulante centrum van Free Clinic (Medisch Sociaal Opvangcentrum - MSOC - van Antwerpen) en via straathoekwerkers, dit met de bedoeling om ook druggebruikers te bereiken die geen contact hebben met hulpinstanties. Aan Franstalige kant werden we geconfronteerd met moeilijkheden in die zin dat verscheidene organisaties geweigerd hebben om over het onderzoek te praten met mensen die aan hun zorgen zijn toevertrouwd, omdat ze vreesden

¹⁴ MICHELAT, G. ; *op.cit.*, p. 245.

¹⁵ MUCHIELLI, A.; *op.cit.*, p. 115.

¹⁶ Zie hierna voor de keuze van de gevangenen.

dat dit zou interfereren met hun hulpverlening. Affiches met de oproep tot vrijwillige medewerking werden op verscheidene plaatsen uitgehangen (CAPITI, CCLA, Transit, Diapason,...), maar zonder veel succes. De MSOC van Bergen en Charleroi werden ingeschakeld en er werd ook contact gezocht met straathoekwerkers.

3. Tien bewaarders werden geïnterviewd, gelijk verdeeld over Franstalige en Nederlandstalige gevangenen. Praktisch gezien werd een brief gestuurd of een onderhoud aangevraagd met de gevangenisdirectie waarin de datum van het bezoek van de interviewers werd gemeld, evenals het aantal te interviewen bewaarders. Aldus werd het interview afgenomen van bewaarders die op dat ogenblik beschikbaar waren.
4. Tien leden van het medisch personeel: drie artsen en twee verpleegkundigen in de Franstalige gevangenen, twee artsen en drie verpleegkundigen in de Nederlandstalige gevangenen. Bij de artsen (huisartsen of psychiaters), kozen we voor mensen met een lange ervaring op het vlak van de zorg aan en de behandeling van drugverslaafden in penitentiaire settings. Deze artsen werden rechtstreeks door de interviewers gecontacteerd voor een afspraak. Bij de verpleegkundigen werd de anciënniteit in de gevangenis als criterium genomen.

Als men kijkt naar de lijst van geïnterviewden, dan zal men merken dat het personeel van de psychosociale dienst, met uitzondering van de psychiaters, niet aan bod komt omwille van de grenzen die aan de pre-enquête werden gesteld. Inderdaad, het eventueel afnemen van interviews met deze mensen vertegenwoordigde een kosten/batenverband dat weinig voordeel bood, aangezien dat personeel vooral betrokken is bij expertisetaken of bij het opstellen van vrijlatingprocedures in het kader van penitentiaal verlof of voorwaardelijke in vrijheidsstelling. Nochtans werd, op zijn uitdrukkelijk verzoek, één Franstalige psycholoog gehoord.

De penitentiaire settings waar de pre-enquête werd afgenomen zijn: het huis van bewaring van Jamioulx, het detentiecentrum van Saint-Hubert, het huis van bewaring van Antwerpen en het penitentiaire complex van Brugge. Deze instellingen werden gekozen omwille van de diversiteit aan karakteristieken¹⁷: instellingen in het Noorden en het Zuiden van het land; huizen van bewaring en strafinstellingen; gevangenen die alle behoren tot "klasse 1"¹⁸ omwille van hun belangrijkheid (de gevangenis van Brugge is één van de zes Belgische instellingen met een capaciteit van meer dan 400 plaatsen); oude, gerenoveerde gevangenen en meer recente; gevangenen van een verschillend architecturaal type; open instellingen met landbouwkarakter en gesloten instellingen; regimes gaande van het celregime omwille van de veiligheid tot afdelingen waar gemeenschappelijk wordt geleefd; een populatie van verdachten, veroordeelden, geïnterneerden, mannen en vrouwen. Voegen we hier nog aan toe dat er in de schoot van de gekozen instellingen twee psychiatrische annexen zijn, twee vrouwenafdelingen en een medisch centrum, en dat twee van die instellingen een sectieproject hebben ontwikkeld dat specifiek op druggebruikers is gericht.

¹⁷ Voor een lijst van karakteristieken van de instellingen die we voor onze pre-enquête kozen, zie het *Jaarverslag 1998*, Directoraat-generaal Strafinrichtingen, Ministerie van Justitie, 1999, p. 49, p. 52-53, p. 64-65, p. 88.

¹⁸ *Jaarverslag 1998*, Directoraat-generaal Strafinrichtingen, Ministerie van Justitie, p. 218-220, 1999, p. 44.

Hoewel een zeker aantal druggebruikers geïnterneerd zijn, hebben wij toch geen rekening gehouden met de instellingen tot sociaal verweer, omwille van de materiële beperkingen van dit onderzoek. Het feit dat deze instellingen tot sociaal verweer geen specifieke materie hebben uitgemaakt van dit onderzoek, betekent echter niet dat het ontwikkelde epidemiologisch onderzoeksinstrument er niet kan toegepast worden. Daarenboven hebben we wel aandacht gehad voor de problematiek van de psychiatrische annexes die in sommige penitentiaire instellingen te maken krijgen met druggebruikers tijdens hun ontwenningperiode.

De beslissing om in dezelfde gevangenissen én gedetineerden én personeel te interviewen werd gerechtvaardigd door de mogelijkheid om tot een vergelijking van de betrokken informatie te komen. Bewust van het feit dat dergelijke optie het risico inhield dat de interviewers door de bewaarders gecatalogeerd zouden worden als "pro-gedetineerden"¹⁹ -risico dat reeds inherent was aan het onderwerp van de studie zelf - hebben we geprobeerd dat risico te beperken door ervoor te zorgen dat het verzamelen van de gegevens bij beide groepen op dezelfde dag gebeurde én door verschillende interviewers.

Het verzamelen van gegevens gebeurde aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten²⁰, aangepast aan elke groep van ondervraagden. De handleidingen werden uitgewerkt rondom hypothesen inzake de praktijk van het druggebruik in een gevangenis en inzake de risicofactoren voor de gezondheid, vertaald in variabelen en indicatoren, maar ook m.b.t. de modaliteiten voor toepassing van het epidemiologisch instrument.

In de handleiding voor de interviews wordt rekening gehouden met acht variabelen:

- *de variabele "tijd"*: eerste gevangenschap of meerdere, belangrijke momenten in de detentie (aankomst, rechtsspraak, naderen van de vrijlating), duur van de detentie;
- *variabele "plaats"*: huis van arrest en strafinrichtingen, open of gesloten gevangenissen, uitgestrektheid van de instelling;
- *variabele "regime"*: niet-specifiek en specifiek regime (zogeheten drugvrije afdeling, psychiatrische afdeling), opsluiting in de cel of leven in gemeenschap, sportieve en culturele bezigheden, mogelijkheid tot arbeid en vorming, contacten met de buitenwereld;
- *variabele "relaties"*: kwaliteit van de relaties tussen gevangenen en bewaarders, houding van de bewaarders tegenover drugs en druggebruikers, attitude van de directie tegenover gebruik en handel (detectie en sancties), vorming van de bewaarders en de directie, relaties tussen gedetineerde gebruikers en/of niet-gebruikers;
- *variabele "zorgverstrekking"*: beschikbaarheid van het medisch-psycho-sociaal personeel, voorschrijfgedrag, attitude tegenover een behandeling met vervangingsmiddelen, wijze

¹⁹ CHAUVENET, A., BENGUIGUI, G., ORLIC, Fr.. *Le personnel de surveillance des prisons. Essai de sociologie du travail*. Convention de recherche entre le Conseil de la recherche de ministère de la Justice et l'EHESS (janvier 1990), Paris, Centre d'étude des mouvements sociaux, CNRS, Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, mei 1992, p. 1.

²⁰ De semi-gestructureerde vragenlijsten vindt men in bijlage 1.2

van bereiding en verdeling van medicatie, opsporingsmogelijkheden van besmettelijke aandoeningen, gezondheidsopvoeding en preventie, externe hulpverlening;

- *variabele "toegang tot het product"*: organisatie van de drughandel, wijze waarop de producten de gevangenis binnenkomen en er circuleren, beschikbare producten en hun kwaliteit, prijs, het geweld dat ermee gepaard gaat, 'doen verdwijnen' van medicatie die afkomstig is van de medische dienst;
- *variabele "gedrag"*: veranderingen in de gebruikte producten en gebruikswijzen t.o.v. de buitenwereld, overdosis, ontsmetting van het injectiemateriaal, piercing en tatoeages, seksuele praktijken en bescherming tegen de risico's ervan, andere gedragsfactoren die een gezondheidsrisico inhouden;
- *variabele "epidemiologisch instrument"*: kwaliteit van de interviewers, passend of niet-passend moment, formulering van de vragen, motieven om al of niet deel te nemen.

Na het uitschrijven van de gesprekken werd de inhoud ervan geanalyseerd²¹. Deze analyse beoogde het toetsen van de gestelde hypotheses door middel van de vooraf voorziene categorieën, maar ook om eventueel belangrijke, maar vergeten, variabelen of factoren te ontdekken. In deze optiek werden de interviews gelezen door verschillende personen, teneinde er die uittreksels uit te halen die essentieel waren voor het onderzoeksdoel. Na deze lectuur bleek dat alle bovenvermelde variabelen werden teruggevonden in de interviews, en dat geen enkele nieuwe factor die van enig belang zou zijn voor de gezondheid werd geïdentificeerd. De analyse heeft daarenboven rekening gehouden met tegenspraken en interpretatieconflicten : wanneer tegenspraken opdoken in de geanalyseerde interviews werden deze vermeld in het rapport ²². We moeten hierbij nog opmerken dat citaten uit de interviews, die werden vermeld om onze uiteenzetting te illustreren, volgende indicaties hebben, naargelang de bron van het gezegde :

- 'B' : Bewaarder,
- 'G' : Gedetineerde,
- 'M' : Medisch Personeel.

Gelijklopend met de interviews die, in het kader van de pre-enquête, werden afgenomen in de geselecteerde gevangenis en werd een schrijven gestuurd naar de directies van alle strafinrichtingen om aldus een actualisering te bekomen van de gegevens die in het raam van het onderzoek werden verzameld door de ploeg U.L.B.-U.C.L. en de Universiteit van Gent, in 1997²³. De vragen sloegen op de zes onderwerpen die in die vorige studie werden onderzocht: detectie van producten en het gebruik ervan, sancties die tegen gebruikers en dealers werden genomen, het regime, vorming van het personeel, de medisch-psycho-sociale zorg en de

²¹ GRAWITZ, M. ; *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 9de ed., 1993, pp. 533 en v.

²² Voor het schema kwalitatieve analyse pre-enquête : zie bijlage 1.3.

²³ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr.; *Politique Pénitentiaire en matière de drogues*, Onderzoeksrapport in opdracht van het Directoraat-generaal strafinrichtingen en geleid door D. Kaminski en Ph. Mary, oktober 1997, ULB / UCL. 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*, Universiteit Gent, 1997

operationele structuren. Spijtig genoeg hebben we maar twaalf antwoorden binnengekregen, waarvan er zes niet bruikbaar waren aangezien er een bezoek werd voorgesteld omdat een schriftelijk antwoord te veel tijd in beslag zou nemen. Een samenkomst met de directies van alle Belgische strafinrichtingen was materieel niet mogelijk omwille van de deadline voor het realiseren van de studie. Niettemin, en om de actualisering van de gegevens aan te vullen, hebben wij telefonisch contact opgenomen met de directies van de verschillende gevangenissen, en zelfs met de medische diensten, op basis van een standaardvragenlijst die peilt naar precieze gegevens. Zo werden voor twaalf bijkomende instellingen gegevens ingewonnen.

2.4 DE DERDE FASE

De derde fase van het onderzoek was gewijd aan het op punt stellen van het epidemiologisch instrument.

In een eerste fase werden meerdere werkvergaderingen gewijd aan het uitwisselen van de gegevens uit de literatuur en de pre-enquête. Dat leidde tot een epidemiologisch instrument met drie luiken, die in detail zullen worden voorgesteld in het zevende hoofdstuk²⁴ van het voorliggend rapport.

Het eerste luik is een naar de gedetineerden gerichte vragenlijst, die vooral betrekking heeft op de praktijk van het druggebruik en op de daarmee samenhangende (gedragsmatige) risicofactoren.

Het tweede luik bestaat enerzijds uit de inbedding van antwoorden op een door gedetineerden zelf ingevulde vragenlijst over hun gezondheidstoestand in het programma "Epicure" van het Directoraat-generaal Strafinrichtingen. Anderzijds worden aan dit programma objectieve gegevens met betrekking tot de gezondheidstoestand van de gedetineerden ontleend, evenals nuttige administratieve en justitiële gegevens.

Het laatste luik omvat twee vragenlijsten (de ene gericht aan de directeurs, de andere aan de medische diensten) met het oog op het verzamelen van gegevens over de lokale politiek op het vlak van druggebruik en de organisatie van de medische diensten. Dit zijn immers ook factoren die een invloed hebben op de gezondheidstoestand van de gedetineerden. Het onderzoeksteam heeft gemeend daar geen vragenlijst voor de bewaarders te moeten aan toevoegen, enerzijds omdat de beoogde gegevens ook konden bekomen worden door middel van andere gebruikte onderzoeksmethodes, en anderzijds omdat een dergelijke vragenlijst het epidemiologisch instrument nodeloos zou hebben verzwaard.

Overigens, vermits wij de grote afhankelijkheid van het gevangeniswezen kennen van de verschillende hogere instanties die beslissingsmacht hebben over de populatie gedetineerden, moeten in het instrument ook gegevens die deze context verduidelijken opgenomen worden, tenminste als men in staat wil zijn om het drugbeleid werkelijk aan te passen. Zo zullen, bij elke toepassing van het epidemiologisch instrument, de middelen die richting geven aan het

²⁴ Zie hoofdstuk 7: Ontwikkelen van een epidemiologisch instrument.

strafrechterlijk beleid inzake drugs (wetgeving, reglementering, omzendbrieven,...) en de statistische gegevens die afkomstig zijn van politiediensten en justitie en die betrekking hebben op het dossier "verdovende middelen", in kaart gebracht en geactualiseerd moeten worden. Laten we hierbij onmiddellijk stellen dat, gezien de problemen met de Belgische criminaliteitsstatistieken, het momenteel een onbereikbaar ideaal is om die statistieken te willen integreren in het epidemiologisch instrument, met de bedoeling om aan het Directoraat-generaal Strafinrichtingen aanvullende indicaties te leveren over de karakteristieken van de populatie die ze ten laste zal moeten nemen met het oog op een anticiperende aanpassing van het beleid. Inderdaad, de politiestatistieken worden geïntegreerd en permanent up to date gehouden door de Algemene Politie-stuurdienst (zonder dat die statistieken nut hebben voor de penitentiaire administratie, met name omwille van het grote aantal klasseringen zonder gevolg); maar dat is niet het geval met de gerechtelijke statistieken. Deze laatste worden slechts gedeeltelijk geïntegreerd, en ze worden weliswaar jaarlijks opgemaakt, maar met meerdere jaren vertraging, zodat ze momenteel van geen enkel nut zijn voor de penitentiaire administratie²⁵.

In een tweede fase had het theoretisch uitgewerkte epidemiologische onderzoeksinstrument verfijnd kunnen worden door een grondige praktische toepassing. Het opgelegde tijdsschema voor het onderzoek liet spijtig genoeg niet toe om het instrument een eerste keer in zijn geheel toe te passen, teneinde het te testen en het eventueel aan te passen, noch om de gegevens uit de verschillende luiken erin te integreren. Het onderzoeksteam dringt er sindsdien dan ook op aan om het onderzoek te verlengen, met de bedoeling om het epidemiologisch instrument volledig af te werken.

Nochtans maakte het luik "vragenlijst voor de gedetineerden" het voorwerp uit van een pretest in de gevangenis van Sint Gillis, waar Franstalige en Nederlandstalige gedetineerden verblijven, zowel veroordeelden als verdachten; maar ook bij opgesloten vrouwen in Antwerpen, die hoofdzakelijk verdachten zijn of die tot korte straffen werden veroordeeld. Hiervoor werd, gelijkaardig aan de pre-enquête, een oproep tot vrijwilligers gelanceerd via affiches en brieven die het onderzoek voorstelden en in de cellen werden bedeed de dag vóór de komst van de interviewers; de vrijwilligers zouden beloond worden met een telefoonkaart. De gedetineerden werden opgeroepen door de bewaarders en hebben de vragenlijsten ingevuld, in groepjes van maximaal een vijftiental, en in afwezigheid van de bewaarders; de interviewers gaven vooraf enkele toelichtingen. De gevangenen mochten alle vragen stellen voor een beter begrip van de vragenlijst, en de ingevulde formulieren werden door de gedetineerden zelf gesloten en in een urne gedeponeerd. Naast de telefoonkaart kregen de gedetineerden ook informatiebrochures en voorbehoedsmiddelen.

²⁵ De meest recente gegevens op dit stuk worden hernomen in twee documenten: Point d'appui statistique, Service de la politique criminelle, *Données statistiques en matière de condamnations, suspensions, internements, 1995*, Brussel, Ministerie van Justitie, september 1999 ; Secrétariat général, Service statistique, *Les statistiques annuelles des Cours et Tribunaux. Données 1998*, Brussel, Ministerie van Justitie, 1999, nr. 1.

2.5 DE VIERDE FASE

De vierde en laatste fase van het onderzoek bestond uit het opstellen van het eindrapport en van een aantal aanbevelingen. Die aanbevelingen werden geformuleerd in het licht van de empirische en theoretische gegevens zoals ze werden verzameld door het onderzoeksteam; ze slaan hoofdzakelijk op de gebruiksvoorwaarden van het epidemiologisch instrument, op het mogelijke gebruik ervan voor verder onderzoek, op de mogelijkheden om het instrument te benutten samen met gelijkaardige of vergelijkbare instrumenten betreffende niet gedetineerde maar wel in behandeling zijnde druggebruikers; de aanbevelingen slaan ook op de modaliteiten inzake het terugkoppelen van de gegevens uit de huidige studie en de follow-up studies bij de verschillende personeelsgroepen van de penitentiaire instellingen.

Tenslotte hebben wij aanbevelingen geformuleerd in het kader van de penitentiaire drugpolitiek die gericht zijn op het verbeteren van de gezondheidstoestand van de gedetineerden. Daarenboven werd het voorliggende rapport zowel in het Nederlands als in het Frans gemaakt.

3 ENKELE SPECIFICATIES VAN DE GEVANGENIS-POPULATIE

3.1 INLEIDING

In dit deel zullen we dieper ingaan op enkele karakteristieken van de penitentiaire populatie. Vooreerst schetsen we in het kort de problematiek van de penitentiaire overbevolking. Vervolgens omschrijven we enkele aspecten van het profiel van de gevangenispopulatie en zullen we de overrepresentatie van druggebruikers in detentie aantonen. Tenslotte richten we onze aandacht op de verschillende gezondheidsproblemen die worden vastgesteld bij gedetineerden, en die trouwens ook te maken hebben met het fenomeen van de verpaupering.

3.2 HET PROBLEEM VAN DE OVERBEVOLKING

In 1998 was de gemiddelde gevangenispopulatie opgelopen tot 8130 personen, waaronder 4% vrouwen, die verdeeld waren over 32 instellingen.²⁶

Deze cijfers komen overeen met een bezettingsgraad van 102% van de penitentiaire instellingen t.o.v. het aantal beschikbare plaatsen op 31 december 1998. De penitentiaire capaciteit werd fel verhoogd in de loop van de laatste twee jaren, echter zonder de stijging van de populatie gedetineerden te kunnen compenseren. Als de bezetting van de open inrichtingen en degenen met een specifiek regime normaal is, betekent dit dat de overbevolking in sommige inrichtingen tot meer dan 50% kan oplopen, in het bijzonder in arresthuizen.

Indien het concept van de "penitentiaire" overbevolking een kwantitatief element is dat een problematische relatie aangeeft tussen populatie en capaciteit (waarbij het eerste groter is dan het tweede), dan is er eveneens een kwalitatief aspect vermits het gevolgen heeft op de kwaliteit van het leven en de veiligheid van de gedetineerden (en het penitentiair personeel), op de individuele "levensruimte", op de kwaliteit van de medische zorg, op de voeding, enz..²⁷

De Europese onderzoeksgroep over het strafrecht heeft tijdens een eerste seminarie een reeks factoren en mechanismen aan het licht gebracht die inzicht kunnen brengen in het probleem van de algemene overbevolking in Europese gevangnissen. Uit de werkzaamheden van de Groep blijkt dat dit verschijnsel nauw verbonden is met de interactie van talrijke factoren die aan de lineaire en oorzakelijke logica ontsnappen en die in drie categorieën kunnen worden onderverdeeld²⁸.

²⁶ Bron : Ministerie van Justitie, Penitentiaire Administratie; 1999.

²⁷ SNACKEN, S. ; « Analyse des mécanismes de la surpopulation pénitentiaire », in MARY, Ph., PAPTAEODOROU, Th. (éd.), *La surpopulation pénitentiaire en Europe. De la détention avant jugement à la libération conditionnelle*, Actes du 1^{er} séminaire du Groupe européen de recherches sur la justice pénale tenu à Corfou du 8 au 12 septembre 1997, Brussel, Bruylant, 1999, p. 9.

²⁸ LEBRUN, V., GUIDICELLI, A. ; « En guise de conclusion », in MARY, Ph., PAPTAEODOROU, Th. (éd.), *La surpopulation pénitentiaire en Europe, op.cit.*, pp.192-193 ; zie ook, VANNESTE, Chr., «L'évolution de la population

De eerste categorie factoren heeft betrekking op het functioneren van het administratief systeem van het strafrecht, en meer bepaald op de uitvoering van de straf. Het gaat in eerste instantie om een stijging van het aantal verdachten, een verlenging van de voorlopige hechtenis, een verlenging van de duur van de straf, en een toename van bepaalde categorieën personen, waaronder de buitenlanders, de «drugverslaafden» en de «seksuele» delinquenten.

De tweede categorie factoren houdt verband met de representatiemodellen van de actoren in het strafrechtelijk systeem en de invloeden vanuit andere systemen. We verwijzen hier naar fenomenen zoals de publieke opinie, de rol van de media, maar eveneens naar factoren die gerelateerd zijn aan de attitudes en de beslissingen van de actoren in het strafrechtelijk systeem.

Tenslotte is er de vermelding van factoren die voortkomen uit andere invloedssferen dan het strafrecht: « soms lijken deze zelfs meer invloed te hebben dan de factoren die direct met het strafrechtelijk systeem te maken hebben. De analyse van de geregistreerde criminaliteit laat bijvoorbeeld niet toe om het fenomeen te begrijpen, terwijl informatie over de woonplaats, het etnisch ras en de socio-economische situatie veel meer inzicht zou kunnen verschaffen (...) »²⁹.

3.3 KARAKTERISTIEKEN VAN DE GEVANGENIS-POPULATIE

Sinds de jaren zeventig is de gevangenispopulatie voortdurend in stijgende lijn gegaan. De geregistreerde cijfers van 1998 zijn vergelijkbaar met deze van 1997, maar komen wel overeen met een stijging van 30% t.o.v. de gevangenispopulatie in 1991.

We merken een verhoging van het aantal personen in voorhechtenis en veroordeelden met lange straffen en een vermindering van de populatie die ter beschikking staan van de dienst vreemdelingenzaken.

Tabel 1: Gevangenispopulatie in België in 1998

	<i>Aantal Gedetineerden</i>	<i>Veroordeeld</i>	<i>Voorarrest</i>	<i>Andere motieven</i>
TOTAAL	8137	61%	26%	13%

De gevangenispopulatie is een zeer mobiele en fluctuerende populatie. In 1998 ³⁰ werden er 14.127 personen gevangen gezet, waarbij abstractie wordt gemaakt voor diegenen die terugkeerden uit verlof en diegenen die reïntegreerden na het intrekken van de uitvoering van een beperkende vrijheidsstraf of een uitgaanspermissie.

pénitenciarie belge de 1830 à nos jours : comment et pourquoi ? Des logiques socio-économiques à leur traduction pénale », *R.D.P.C.*, 1999, n°4, pp. 484-518.

²⁹ LEBRUN, V., GUIDICELLI, A. : « En guise de conclusion », *op.cit.*, pp. 192-193.

³⁰ Bron : Ministerie van Justitie, Directoraat-generaal Straffinrichtingen, Statistische gegevens 1995.

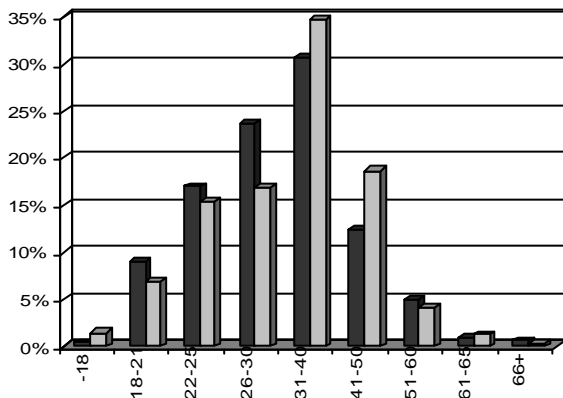
3.3.1 Verdeling volgens de aard van de detentie

We stellen vast dat, op de totaliteit van de gevangenispopulatie, 26% van de gedetineerden in voorhechtenis zijn en 61% tot een straf veroordeeld zijn (zie tabel 1). De resterende 13% zijn gedetineerden die voor verschillende motieven vast zitten, allen met een tijdelijk karakter. Er bestaat een verschil naargelang de sekse. Aldus kan men vast stellen dat in 1996 slechts 37% van de vrouwen veroordeeld waren, meer dan 40% in voorhechtenis was en 22.5% in detentie verbleven voor verschillende redenen.

3.3.2 Verdeling volgens leeftijdsgroepen en sekse

Vrouwen en mannen vertegenwoordigen respectievelijk 4% en 96% van de gevangenispopulatie.

Figuur 1:



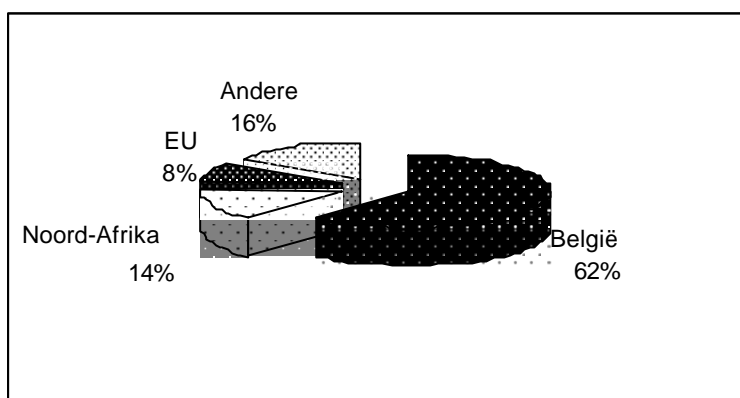
80% van de gevangenispopulatie is jonger dan 40 jaar (zie figuur 1).

Er bestaat geen gescheiden detentie voor minderjarigen die voor een maximum van 15 dagen, bij beslissing van de jeugdrechter, in de gevangenis kunnen verblijven.

3.3.3 Verdeling volgens herkomst

Ongeveer 60% van de gevangenispopulatie heeft de Belgische nationaliteit, zowel bij de vrouwelijke als de mannelijke gedetineerden. Desondanks kunnen er een aantal verschillen worden vast gesteld m.b.t. de sekse. Het meest significante verschil betreft de personen die van centraal Afrikaanse origine zijn, een regio met een hoge prevalentie voor HIV/Aids. Inderdaad, 4% van de vrouwen zijn van Centraal Afrikaanse origine, t.o.v. 1% bij de mannen. Er zijn ook verschillen in functie van de instellingen. In Vorst bedraagt de Belgische populatie slechts 38% en in Antwerpen 43%.

Figuur 2: Gevangenispopulatie 1998: Verdeling naar Herkomst



3.3.4 Socio-professionele situatie

De gegevens die afkomstig zijn van strafinstellingen laten niet toe om een profiel te schetsen van de gevangenispopulatie in functie van het opleidingsniveau en de beroepservaring. Toch wordt in een onvolledige studie uitgevoerd in 1996 op basis van een "blits opiniepeiling" in zowel Franstalige als Nederlandstalige instellingen gesteld dat "de gevangenen voor het merendeel worden bevolkt door personen die deel uitmaken van minder bedeelde bevolkingsgroepen: het betreft in eerste instantie personen uit de arbeidersklasse met een lage opleidingsgraad, een onstabiel beroepsverleden en met beperkte kansen op tewerkstelling, die nog verder kunnen worden beknut door hun gerechtelijk verleden. Men schat dat één gedetineerde op drie zijn volledige basisschool heeft uitgedaan, en dat maximum één gedetineerde op vier het lager secundair onderwijs heeft gevolgd (zonder echter het diploma behaald te hebben). De meeste gedetineerden die het (lager of hoger) secundair onderwijs hebben gevolgd, zijn terechtgekomen in het beroeps of technisch onderwijs. Een belangrijk deel van de gedetineerden – bepaalde bronnen spreken van 12% (...) zou gedeeltelijk of volledig analfabeet zijn »³¹.

3.3.5 Overrepresentatie van druggebruikers in de gevangenis

In zijn meest recent werk stelt Loïc Wacquant ³² vast dat, in de laatste tien jaar, in Europa "het aandeel van toxicomanen en drughandelaars een spectaculaire stijging heeft gekend" die parallel is, zij het op een kleinere schaal, met deze die vastgesteld werd in de Verenigde Staten. Hij citeert Pierre Tournier³³ die vaststelt dat het aantal gedetineerden voor drugfeiten groter is dan één derde van de totale gevangenispopulatie in Portugal en Spanje, 20% bereikt in Frankrijk en Zweden, en zich rond de 15% situeert in Engeland, Nederland en Duitsland, m.a.w.

³¹ Het betreft een peiling die uitgevoerd werd door Chr. Kloek (adviseur op het kabinet van de gewezen minister van justitie), in DECLERCK, S., *Politique pénale et exécution des peines. Note d'orientation*, Ministerie van Justitie, juni 1996, p.10.

³² WACQUANT L.; *Les prisons de la misère, Raisons d'agir*, Paris, 1999.

³³ TOURNIER P.; *Statistiques Penales annuelles du conseil de l'Europe, Enquete 1997* (te verschijnen).

“de uitbreiding van het penitentiaire ‘park’ gedurende het laatste decennium, diende bijna uitsluitend om toxicomanen te absorberen”.

De oververtegenwoordiging van druggebruikers in de gevangenis is te wijten aan het feit dat deze instelling aan het eind staat van een cyclus van strafrechtelijk beleid die begint met het strafbaar maken van verdovende middelen, wat resulteert in desbetreffende politie-investeringen, in een vervolgingsbeleid, in het stimuleren van de voorhechtenis en in ‘sentencing’ praktijken bij inbreuken op de wet inzake verdovende middelen³⁴.

Het is per definitie onmogelijk om het exacte aantal druggebruikende gedetineerden in het penitentiaire milieu te kennen. Alle beschikbare cijfers zijn indicatief, gebaseerd hetzij op studies hetzij op de feiten van veroordeling en onderschatten dus de grootte van de populatie.

Ook in België is sinds de jaren zeventig het aantal gedetineerden dat veroordeeld werd voor inbreuken op de wet van de verdovende middelen (bezit en handel) in stijgende lijn. (Zie figuur 3)³⁵. Een logisch gevolg van deze tendens is dat het aantal druggebruikers in detentie in stijgende lijn is, en men kan veronderstellen dat er eveneens een stijging is zowel van de beschikbaarheid als van de handel in illegale drugs in de gevangenis. Op 30 december 1996, verbleven 30% van de vrouwen en 14% van de mannen in detentie voor inbreuken op de wet op de verdovende middelen of drugfeiten. Dit percentage is beduidend hoger, tot 70%, in bepaalde arresthuizen³⁶.

Indien we uit de statistieken de categorie ‘zonder middelen van bestaan’, en de categorie geïnterneerden in toepassing van de wet op het sociaal verweer halen, stellen we vast dat het aantal gedetineerden onder inbreuken op deze wet in 1994, 50% van de gehele gevangenispopulatie was.³⁷

Deze gedetineerden maken, desondanks, slechts een fractie uit van het aantal druggebruikers in de gevangenis, aangezien een aantal onder hen in detentie verblijven voor feiten die niet

³⁴ Voor al deze vragen verwijzen we naar volgende documenten : KAMINSKI, D., MARY, Ph., « Politiques (criminelles) en matière de drogues : évolutions et tendance en Belgique », *D. et S.*, 1999, vol.23, n°2, pp. 205-220 ; KAMINSKI, D., « Approches globale et intégrée : de l’usage politique des drogues », in CARTUYVELS, Y., MARY, Ph. (dir.), *L’Etat face à l’insécurité. Dérives politiques des années 90*, Brussel, Labor, 1999, pp. 101-114 ; DEVRESSE, M.-S., GUILLAIN, Chr., « Les nouvelles politiques sociopénales en matière de toxicomanie », in CARTUYVELS, Y., MARY, Ph. (dir.), *op.cit.*, pp. 115-129 ; DEVRESSE, M.-S., « La rencontre entre la police communale belge et les usagers de drogue : en toute discrétion », *D. et S.*, 1999, vol. 23, n°1, pp. 59-73 ; LAHAYE-BEKAERT, N., « Le rôle des polices communales dans la prévention de la toxicomanie. Approche pragmatique et réflexions sur les modalités d’appréhension du phénomène », *R.D.P.C.*, 1998, n°9-10, pp. 857-893 ; DE PAUW, W., « La justice sous influence : la trajectoire pénale des affaires de drogues à Bruxelles », *Rev. intern. crimin. pol. techn. scientif.*, 1998, n°3, pp. 305-325 ; Dossier « Des pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites », *Les cahiers de prospective jeunesse*, 1996, vol. 1, n°1-2 ; GUILLAIN, Chr., « La nouvelle directive du Collège des Procureurs généraux relative à la politique des poursuites en matière de drogues illégales », *J.P.*, 1998, n°352, pp.11-14 ; GUILLAIN, Chr., SCOHIER, Cl., « La gestion pénale d’une cohorte de dossiers stupéfiants (1993-1997). Les résultats disparates d’une justice dite alternative », te verschijnen.

³⁵ VAN MOL. F ; LAUWERS N. ; Drogues et Prisons. La réalité Pénitentiaire en Matière de Drogue. Actes de la journée d’étude du 22 avril 1994. Présence et Action culturelles.

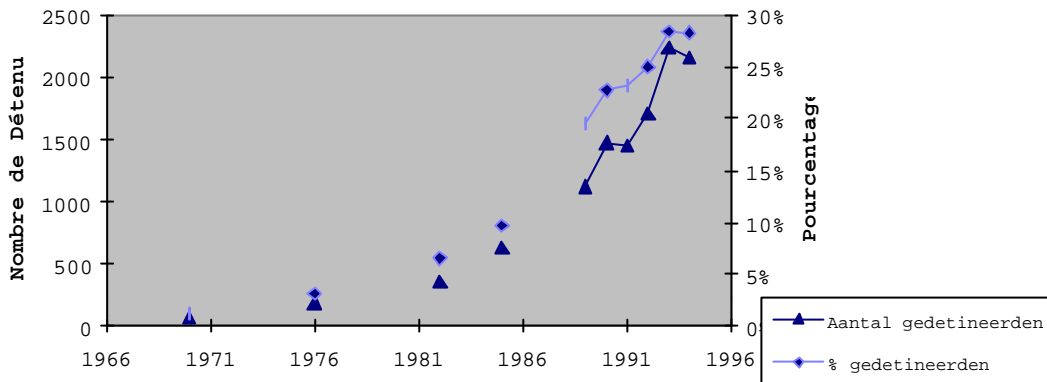
³⁶ La Prévention du Sida en Communauté Française : Plan Guide Triennal 1996-1998 Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique.

³⁷ VAN MOL. F ; LAUWERS N. ; Drogues et Prisons. Op.Cit.

gelieerd zijn aan de wet op de verdovende middelen, maar voor diefstal of andere vormen van delinquentie. Voor deze laatste groep gedetineerden is het druggebruik ofwel slechts een secundair feit, ofwel onbekend voor de penitentiaire administratie.

Men veronderstelt dat het aantal gedetineerde druggebruikers 50% uitmaakt van de gevangenispopulatie. Het aantal intraveneuze gebruikers (IVD) onder deze groep wordt geschat op 30%, wat neerkomt op ongeveer 15% van de totale gevangenispopulatie.

Figuur 3: Gedetineerden voor inbreuken op de wet op de verdovende middelen (1970-1994)



De gedetineerde druggebruikers zijn relatief jong. In 1993 was 51.2% van deze gedetineerden jonger dan 26 jaar en 9% jonger dan 20 jaar.³⁸

Ook m.b.t. de sekse kan er een verschil vastgesteld worden. In 1996 bijvoorbeeld was één derde van de vrouwen en een zesde van de mannen (alle redenen voor opsluiting samengevoegd) in detentie voor een inbreuk op de wet op de verdovende middelen. Proportioneel zijn er dus beduidend meer druggebruikers in de vrouwelijke populatie dan in de mannelijke. Daarenboven zijn er bij de vrouwen in de gevangenis een aantal die of zwanger zijn, of moeder van kleine kinderen.³⁹

Proportioneel is het aantal gedetineerde druggebruikers, en dan vooral de intraveneuze gebruikers, beduidend hoger bij de Belgische gedetineerden dan bij de gedetineerden van vreemde origine. In een onderzoek in de gevangenis van Antwerpen uit 1993 stelde Todts⁴⁰ vast dat bij de groep van de min 25-jarigen, 67% van de Belgische gedetineerden en 41% van de gedetineerden van vreemde origine verklaarden gebruikers te zijn van illegale drugs. En onafhankelijk van de leeftijd van de druggebruikers, verklaarden 47% van de Belgische gebruikers drugs te injecteren t.o.v. 24% van de gebruikers van vreemde origine.

³⁸ VANDENBROUCKE M., JOOSEN B. ; De problematiek van de illegale druggebruikers in de Belgische gevangenissen. Een stand van zaken op 1/12/1993, Panopticon, 1994, pp. 359-383.

³⁹ PICARD E.; Proposal for taking into account the medical, psychological and social aspect of parenthood among drug-using female prisoners. Communication. Parijs , Februari 1997.

⁴⁰ TODTS S., FONCK K., DRIESEN G., 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, 55, 87-97.

In een enquête die uitgevoerd werd in 1993 bij de penitentiaire instellingen, antwoordden 27 op 31 gevangenen dat druggebruik in de instelling voorkwam. Tien onder hen konden geen percentages plakken op het voorkomen van het gebruik, 17 andere instellingen gaven percentages aan die varieerden tussen 3% tot 90%. Er werd echter zelden melding gemaakt van zogenaamde 'hard drugs'⁴¹.

Een studie die in 1989 werd uitgevoerd in de gevangenis van Antwerpen op urinestalen van 300 binnenkomende gedetineerden, toonde aan dat in 51% van de gevallen, één (26%) of meerdere (25%) drugs werden aangetroffen (benzodiazepines, barbituraten, cannabis, opiaten, cocaïne, amfetamines). Deze cijfers zijn een onderschatting van de realiteit aangezien occasionele gebruikers van bijvoorbeeld heroïne of cocaïne een negatieve urinetest kunnen hebben drie dagen na het gebruik. Sporen van cannabis daarentegen kunnen tot één maand na gebruik in de urine worden aangetroffen. Trouwens, een andere studie die hetzelfde jaar werd uitgevoerd bij een groep gedetineerden die twee maanden of minder hadden verbleven in de gevangenis, toonde geen enkele vermindering van zogenaamde 'soft drugs'.

Een studie uitgevoerd in de gevangenis van Antwerpen (Todts, 1993)⁴² heeft aangetoond dat meer dan twee derden van de Belgische gedetineerden die jonger dan 25 jaar waren illegale middelen hadden gebruikt en 42% van de totale bevraagde groep gedetineerden. Onder hen rapporteerden 36% intraveneus gebruik, wat neerkwam op 15% van alle gedetineerden die antwoordden op de enquête.

In een studie van december 1997 die werd uitgevoerd in de gevangenis van Namen, antwoordden 115 gedetineerden dat, in het jaar voorafgaand aan hun detentie, 45% cannabis gebruikte, 23% cocaïne, 21% XTC en 19% amfetamines. 1 op 4 (24%) gaf intraveneus gebruik toe. Tijdens de opsluiting werd het gebruik van cannabis gemeld door 38% van de gedetineerden, cocaïne door 15%, XTC door 8% en amfetamines door 4%. Tenslotte gaf bijna één derde (32%) intraveneus gebruik in de gevangenis aan, en 15% injecteerde voor de eerste keer in de gevangenis.⁴³

Tenslotte kan gesteld worden dat een groot aantal druggebruikers meer dan één keer in de gevangenis terecht komt. Twee studies, één in Vlaanderen (Todts, 1989) en een andere in Wallonië (IHE, 1994⁴⁴) hebben respectievelijk aangetoond dat 54.1% en 49.5% van de druggebruikers minimum reeds één keer in de gevangenis hadden verbleven. Daarenboven lijkt het erop dat een aantal druggebruikers verschillende keren in detentie terechtkomt.

Als we de situatie in de Belgische gevangenen vergelijken met die van enkele andere Europese landen; kan men vaststellen dat het aantal geschatte IVD's relatief vergelijkbaar is.

⁴¹ VANDENBROUCKE M., JOOSEN B.; De problematiek van de illegale druggebruikers in de Belgische gevangenen. Een stand van zaken op 1/12/1993, Panopticon, 1994, pp. 359-383

⁴² TODTS S., FONCK K., DRIESEN G., 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, 55, 87-97.

⁴³ European Network on HIV and Hepatitis in Prisons, 2nd Annual Report, May 1998.

⁴⁴ RENARD F., TAFFOREAU J., VANDERVEKEN M., STROOBANTS A.; Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté française de Belgique. Situation en 1994. IHE.

Tabel 2: Schatting van het aantal gedetineerde IVD's in enkele landen van de Europese Gemeenschap

<i>Land</i>	<i>Geschat aantal IVD's in detentie</i>
<i>Frankrijk</i>	20%
<i>Duitsland</i>	10-40%
<i>Nederland</i>	5-15%
<i>Zweden</i>	40%
<i>Italië</i>	31,7%
<i>België</i>	15% - 20 %

3.4 HET GEZONDHEIDSPROFIEL VAN DE PENITENTIAIRE POPULATIE

3.4.1 Verband tussen armoede en slechte gezondheid

Naast het aantal gedetineerden is ook het fenomeen van de verpaupering van de personen in detentie de laatste tijd toegenomen, zoals L. Wacquant⁴⁵ overvloedig documenteert. De uitspraak van B. Aubusson de Carvalay (1985) "de geldboete is burgerlijk of kleinburgerlijk, maar de opsluiting is subproletarisch" wordt bevestigd en neigt ertoe om de categorieën rijken en armen met betrekking tot de kans op detentie, nog meer van elkaar te scheiden.

In Frankrijk had in 1998 één gevangene op zes geen vaste woonplaats. In Engeland heeft 43% van de gedetineerden de school verlaten vóór de leeftijd van 16 jaar. In België was het aantal opgesloten vreemdelingen proportioneel zes keer hoger dan dat van de personen met de Belgische nationaliteit, terwijl men toch weet dat de eerstgenoemden de meest kwetsbare categorieën uitmaken, bijvoorbeeld in verband met werkgelegenheid.

Het profiel van de gevangenispopulatie vraagt dus bijzondere aandacht en competenties vanwege de gezondheidsdiensten, want deze populatie cumuleert sociale factoren die ongunstig zijn voor de gezondheid. De detentievoorwaarden zijn op zichzelf trouwens al schadelijke factoren voor de gezondheid van de opgesloten individuen.

De impact van de sociale factoren ligt wetenschappelijk zodanig voor de hand dat de WGO onlangs een publicatie verspreidde omtrent de 10 essentiële sociale factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden.⁴⁶ Het gaat om een gemakkelijk te begrijpen tekst met een ondubbelzinnige titel, maar gebaseerd op hoogwaardige kwaliteitsreferenties.

Zonder in details te treden, volgt hier de lijst:

- plaats op de sociale ladder
- graad van stress
- kwaliteit van de eerste kinderjaren
- sociale integratie (of uitsluiting)
- werkzekerheid
- werkloosheid
- sociale ondersteuning
- verslavingsgedrag (voornamelijk alcohol en tabak)
- kwaliteit van de voeding
- veiligheid van de vervoermiddelen

⁴⁵ WACQUANT L. ; *Les prisons de la misère*, Raisons d'agir, Paris, 1999.

⁴⁶ WHO, Regional Office for Europe, The solid facts: social determinants of health, HFA Policy on Europe, Target 14, 1998.

Zoals O. Obrecht⁴⁷ het vaststelt "concentreren de penitentiaire instellingen steeds meer een populatie die geen zekerheid heeft inzake tewerkstelling, huisvesting en inkomen, en die het slachtoffer is van een groeiend sociaal isolement". Hij benadrukt overigens dat een penitentiair gezondheidssysteem, geïsoleerd als het is van de rest van de gezondheidsvoorzieningen, en onderbedeeld inzake materiële en menselijke middelen (een vaststelling die men even goed zou kunnen toepassen op België) volledig onaangepast is. Dat is trouwens de motivering geweest van de hervormingen in de onze omliggende landen.

Naast mortaliteit, stelt men een belangrijke prevalentie vast van vier groepen pathologieën: mentale pathologie, autodestructieve pathologie, infectiepathologie en mond- en tandproblemen.

Het aanzienlijk aandeel van mentale stoornissen doet het bestaan vrezen van een vicieuze cirkel "onzekerheid - armoede - mentale stoornissen – gevangenis"

Deze vaststellingen, en meer in het bijzonder de 10 "solid facts" die door de WGO worden genoemd, vragen niet enkel om een aanpassing van het systeem en het beleid inzake zorgverstrekking in de gevangenis. Ze moeten ook doen nadenken over de organisatie van het gevangenisleven, teneinde te vermijden dat er een verzwaring optreedt van die nefaste factoren die door de opsluiting op hun beurt worden versterkt, en ook om de "doorgang in de gevangenis" opnieuw te laten aansluiten op de buitenwereld met haar hulpverlening en zorgdiensten.

Aan de hand van een studie van onderzoeken en onbetwistbare bewijzen, tonen M. Marmot en R.G.Wilkinson aan⁴⁸ dat de gevolgen van sociale factoren niet beperkt blijven tot wat men gewoonlijk denkt, namelijk mentale aandoeningen, besmettelijke ziekten of zelfmoord, maar dat ze ook terug te vinden zijn in de sfeer van aandoeningen van hart, ingewanden, nieren, groei, weerstand en immuniteit, het endocriene systeem, enz.

In het licht van het feit dat deze publicaties recent zijn (meestal de tweede helft van de jaren '90), kan dan ook gesteld worden dat deze specifieke kennis een noodzakelijk iets is voor beroepsmensen die werken met populaties die dergelijke sociale risicofactoren cumuleren.

De gegevens die op dit gebied werden verzameld duiden concreet aan dat wanneer men geen rekening houdt met die sociale kenmerken van de gevangenispopulatie, men geen aandacht schenkt aan de gevangeniscontext of aan interventies die van aard zijn om die sociale factoren binnen de gevangenis te beïnvloeden, alleen onbegrepen of ondoeltreffende interventies m.b.t. de gezondheidstoestand van de betrokken populatie het gevolg zijn.

⁴⁷ OBRECHT O. ; Précarité et prison. In : Précarité et santé, J. Lebas et P. Chauvin, Flammarion, Paris, 1998, p. 189-201.

⁴⁸ MARMOT M., WILKINSON R.G.; Social determinants of health, Oxford University Press, 1999.

3.4.2 De gezondheid van de personen in de gevangenis

Momenteel zijn er slechts weinig gegevens beschikbaar over de gezondheid van de gedetineerden tijdens hun verblijf of bij hun opname in de gevangenis. Bij ontstentenis van een systematische verzameling van gegevens, blijven de beschikbare data m.b.t. de gezondheidstoestand beperkt in die zin dat ze zich richten op een specifieke pathologie of gelimiteerd zijn tot een bepaalde regio of een bepaalde inrichting. Toch mogen we ervan uitgaan dat, in België, de verwerking van de via het informaticaprogramma van de medische dienst (Epicure) verkregen gegevens het op termijn mogelijk zal maken om daarover gegevens te verzamelen en die gegevens te analyseren.

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 worden⁴⁹. Van een kwart van de gedetineerden werd de algemene gezondheidstoestand bij de opname als matig of slecht beschouwd.

Risicogebruik	
Tabaksverslaving	80%
Excessief alcoholgebruik	33%
Druggebruik	32%
Gebruik van psychotropen	17%
Noodzakelijke zorgen bij aankomst	
Tandverzorging	51%
Psychiatrische zorgen (toxicomanie en alcohol niet inbegrepen)	10%
Gynaecologie	19.5%

Bij één vijfde van de gedetineerden moest, omwille van hun gezondheidstoestand, bij de opname minstens één gespecialiseerd medisch onderzoek gebeuren. Naast de in de bovenstaande tabel opgenomen voorbeelden vermelden we nog huidaandoeningen (1.2%), epilepsiepatiënten (1.3%) en patiënten met bronchiale astma (4%). 6.5% tenslotte 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 het verblijf in de gevangenis en de vaak pathogene omstandigheden in de gevangenis. De gedetineerden

⁴⁹ 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.

komen plots in een situatie van zware stress terecht. "Het is het ergste wat me kan overkomen", aldus de gedetineerden. Ze worden heen en weer geslingerd tussen opstandigheid en wanhoop, en voelen zich ontredderd. In de gevangenis worden ze geconfronteerd met geweld en armoede, voelen ze zich aftakelen en bevinden ze zich bovendien in een hopeloze situatie waaruit ze niet kunnen ontsnappen. Hun vraag naar aandacht en verzorging is dan ook heel sterk; soms is ze somatisch, vaak psychosomatisch.

Het grootste probleem in de gevangenis is ongetwijfeld het geweld, zowel tegen anderen als tegen zichzelf. Geweld komt voor in alle gevangenissen en wordt nog verergerd door de overbevolking en het gebrek aan perspectief. Bovendien komen de volgende gezondheidsproblemen voor:

1. alcoholmisbruik, geneesmiddelenverslaving en drugverslaving
2. trauma's
3. epidemieën van luizen en andere parasieten
4. tandproblemen
5. HIV, hepatitis B en C, tuberculose
6. geestesstoornissen
7. zelfmoorden, zelfmoordpogingen, zelfverminking
8. overdosissen.

Bepaalde gezondheidsproblemen zoals HIV/Aids, hepatitis, tuberculose en zelfmoorden zijn van specifiek belang in de gevangenis gezien de karakteristieken van een populatie met verhoogd risico en de omgeving zelf.

3.4.2.1 HIV/AIDS infecties

3.4.2.1.1 Incidentie en prevalentie van HIV/AIDS bij de gehele bevolking

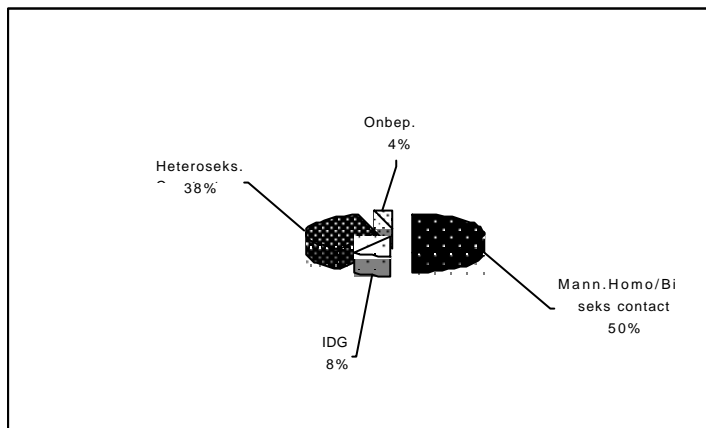
In België worden gemiddeld per maand 64 nieuwe HIV-infecties vastgesteld⁵⁰. Op het totaal van de bevolking wordt de prevalentie van HIV-besmetting geschat op 0,2%. In België werden sinds het begin van de epidemie ongeveer 12 500 personen als HIV seropositieven erkend, en werd bij 2 602 patiënten Aids vastgesteld. De meest voorkomende leeftijdsgroepen zijn die van 30-34 jaar bij de mannen en 25-29 jaar bij de vrouwen. De HIV seropositieve mannen zijn twee keer talrijker dan de vrouwen. In die specifieke leeftijdsgroepen van de bevolking, die eveneens de leeftijdsgroepen zijn die het meest in de gevangenis zijn vertegenwoordigd, is de prevalentie dus hoger dan de prevalentie bij de globale bevolking. De intraveneuze drugsgebruikers (IVD) vertegenwoordigen 6% van de HIV-seropositieve personen. Het injecteren van drugs is relatief vaker oorzaak van besmetting in Wallonië (8%) en in Brussel (8%) dan in Vlaanderen (3,5%). In de jongste leeftijdsgroepen (15-24 jaar) bereiken de IVD's een verhouding van 17% van de gevallen van seropositiviteit voor HIV. De transmissie van besmetting ten gevolge van het

⁵⁰ Bron: SASSE A., VAN KERSCHAEVER G., STROOBANTS A.; Epidemiologie van aids en HIV-besmetting in België; Situatie op 31 december 1998; WIV - Louis Pasteur; Rapport Trimestriel N°44

injecteren van drugs daalde tot 1991-1992, en is sedertdien gestabiliseerd. In 1998 was het injecteren verantwoordelijk voor 3,2% van de vastgestelde HIV gevallen .

De spreiding van de Aidsgevallen over de bevolkingsgroep ouder dan 13 jaar toont aan dat 8% van de nieuwe Aids-gevallen die werden vastgesteld in 1998, bij IVD's gevonden worden. Het totale aantal nieuwe gevallen van Aids, gemeld in 1998 bedraagt 108, hetzij ongeveer 10 nieuwe gevallen per maand. In de streek van Brussel is het aandeel ten gevolge van drugsverslaving het belangrijkste.

Figuur 4: aantal Aids-gevallen volgens type van overdracht: volwassenen/jongeren (1998).



3.4.2.1.2 Incidentie en prevalentie van HIV/AIDS in sommige subgroepen van de bevolking

Sommige subgroepen van de bevolking lopen een hoger risico. Deze groepen zijn de homoseksuelen, de intraveneuze druggebruikers en de personen die afkomstig zijn van streken waar Aids endemisch is. Behalve de eersten, hebben de personen die tot deze groepen behoren een hoger risico om in de gevangenis te belanden dan het geheel van de bevolking; ze zijn dan ook meer vertegenwoordigd in de gevangenis.

Homoseksuelen

Het aandeel van de homoseksuele/biseksuele mannen bedraagt ongeveer 4-6% van de globale mannelijke bevolking. In de gevangenis moet men overigens rekening houden met een zekere graad van "situatieve" homoseksualiteit. Bij mannen van Belgische nationaliteit was in 1998 homoseksuele overdracht verantwoordelijk voor 50% van de bekend geworden Aids-gevallen. De onderzoeken naar seroprevalentie in het homoseksuele milieu vertonen een prevalentie die varieert, al naargelang de studie, van 1,6% (1989 Rijksuniversiteit Gent), tot 3,5% (Centrum Elisa-MSF 89-93) en tot 14% (1997 Hubert - Ex Aequo). Ze werd door het Agence du Prévention de Sida (Franstalige Gemeenschap) in 1995 op 3,9% geschat⁵¹

⁵¹ BEGHIN D., PREVOST M., de ROUBAIX J., LEQUARRE F. ; Monitoring de l'infection au VIH et du Sida en Belgique. Mise à jour 1995 ; Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté Française

Intraveneuze Druggebruikers (IVD)

In functie van de onderzoeken die in België werden uitgevoerd (zie tabel 3), ligt de prevalentie van HIV-besmetting binnen de IVD-populatie tussen 2,6% en 18,8%, wat laag is in vergelijking met de andere Europese landen⁵²

In België zijn 4% van de seropositieve mannen en 10% van de seropositieve vrouwen intraveneuze druggebruikers.

Tabel 3: Resultaten van Prevalentiestudies van HIV bij de Druggebruikers in België

<i>Jaar</i>	<i>Grootte van het staal</i>	<i>Plaats / Populatie</i>	<i>Prevalentie</i>	<i>Bron</i>
1985	75	Ambulant centrum / IVD	18.8%	Dewit 1986
1987	302	Residentieel, ambulant, TG's., huisarts/IVD	10.9%	Roelandt 1987
1985-1987	3126	Gedetineerden voor inbreuken op de wet op de verdovende middelen / IVD	3.1%-7.7% per periode	Donot 1989
1988	3160	Behandelingscentra /IVD	11.4%	CCAD
1989-1990	163	Straat (Boule de Neige) / IVD	3.1%	CCAD
1988-1989	1619	Ambulant ; residential /IVD	4%	Peeters 1990
1990	200	Straat / IVD	4.5%	Todts 1990
1991	197	Ambulant centrum / IVD	13.2%	Valette 1991
1992	311	Residentieel, Ambulant, TG's ; Huisarts/IVD	1.6%	Denis 1993
1992	217	Straat/IVD	5.9%	Todts 1992
1993	228	Gevangenis Antwerpen – nieuw binnenkomenden – IVD	2.6%	Todts
1994	523	Huisarts (heroïemanen IVD en niet-IVD)	2.9%	IHE/SSMG/ALTO
1997	100	IVD Gedetineerden – Gevangenis Sint Gillis	8%	Donot

In bovenstaande tabel is het interessant om vast te stellen dat bij IVD's in de gevangenis, het aandeel van HIV-seropositiviteit, vastgesteld in 1987 (7,7%) en 1997 (8%) zeer dicht bij mekaar liggen, wat de algemeen verspreide opvatting zou tegenspreken dat het aantal gevallen van HIV-besmetting bij IVD's op de terugweg is. We moeten er eveneens aan herinneren dat de helft van de IVD's tenminste één keer in de gevangenis verblijven. Nochtans vormen de IVD's die in detentie belanden maar een deel van die bevolkingsgroep, en waarschijnlijk loopt dié groep het hoogste risicogedrag: de IVD's in detentie zijn dus niet representatief voor het geheel van de populatie van intraveneuze druggebruikers. Het gaat immers naar alle waarschijnlijkheid over een jongere populatie, dat wil zeggen met een korter risicoparcours en een kortere risicoduur dan de intraveneuze gebruikers in behandelingscentra.

⁵² Bron: RENARD F., TAFFOREAU J., VANDERVEKEN M., STROOBANTS A. ; Monitoring de la prévention de SIDA de la Communauté Française de Belgique. Situation van 1994. IHE.

Prostitutie

Epidemiologische gegevens zijn hier zeldzaam. In 1989 werden prevalentie aantallen van 0,7% (Aids-preventie Prostitutie 89 Franstalige Gemeenschap) en 0,6% (RUG - Gent) gemeten in de populatie van "officiële" prostituees. De HIV seropositieve vrouwen waren hetzij IVD's hetzij afkomstig uit een streek met een hoog endemisch karakter voor Aids. Er bestaan geen gegevens betreffende de "clandestiene" prostitutie, die ontsnapt aan het gezondheidscircuit.

Tal van IVD's belanden echter occasioneel of regelmatig in de prostitutie.

De operatie Sneeuwbal 1995 van Modus Vivendi toont aan dat 25% van de regelmatige IVD's zich prostitueren hetzij om hun drugs rechtstreeks te bekomen, hetzij voor het financiële gewin om deze producten te kopen.⁵³

In verband met de mannelijke prostituees werd geen enkele studie in België gevonden. Twee studies die werden uitgevoerd in Amsterdam, de ene bij mannelijke prostituees (Coutinho-1986), de andere bij mannelijke IVD prostituees (Van den Hoeck 1987-1989) gaven HIV prevalenties te zien van 12,5% en 28%.

Personen afkomstig van landen met een hoog endemisch karakter

De kans op besmetting varieert in functie van het endemische karakter in het land van herkomst. In de loop van de jaren 1993-1995 stelde men vast dat 64% van de Aids-gevallen die in België werden opgetekend en waarvan de nationaliteit bekend was, afkomstig waren uit het buitenland⁵⁴. Men stelde eveneens vast dat driekwart van deze geïdentificeerde gevallen personen waren uit de sub Saharaanse streek van Afrika. De jonge Afrikaanse vrouwen zijn twee keer meer besmet dan de mannen, terwijl bij de Belgische Aids-patiënten die verhouding één vrouw t.o.v. vier mannen is.

3.4.2.1.3 Aids-prevalentie in de gevangnissen

Er bestaan maar weinig gegevens over de prevalentie van HIV besmetting in de gevangnissen. In 1987 werd de seroprevalentie in de gevangenis geschat op 1,3%⁵⁵. Twee studies, uitgevoerd in 1992 en in 1993 hebben vergelijkbare resultaten opgeleverd. De ene, uitgevoerd in Antwerpen, gaf een prevalentie van HIV besmetting te zien van 1,2%⁵⁶. De andere, uitgevoerd in 14 strafinrichtingen (met uitzondering van patiënten van het Medisch Centrum van Sint Gillis), toonde een prevalentie van HIV besmetting van 0,84% bij de mannen

⁵³ MODUS VIVENDI. Activiteitenverslag 1995. Brussel, 1996

⁵⁴ BEGHIN D., PREVOST M., de ROUBAIX J., LEQUARRE F.. Monitoring de l'infection au VIH et du Sida en Belgique. Mise à jour 1995 ; Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté Française

⁵⁵ HARDING G.T.; AIDS in Prison, The Lancet, November 28, 1987.

⁵⁶ 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

en 1,68% bij de vrouwen.⁵⁷ In dit laatste onderzoek was HIV besmetting de meest voorkomende oorzaak van seksueel overdraagbare aandoeningen, en bleek het de vijfde oorzaak te zijn van alle ziektegevallen. Naast de vastgestelde verschillen in functie van het geslacht, toont deze studie aan dat de meest getroffen leeftijdsgroep die van 25-34 jaar is (HIV + = 2,19%). Ook de groep van gedetineerden die een korte straf hadden opgelopen was meer onderhevig dan de groep gedetineerden met een lange straf. In de studie van IDEWE verbleven 50% van de vastgestelde gevallen in detentie in Brussel, de andere helft in Vlaanderen.

Men mag dus het daggemiddelde van met Aids besmette gedetineerden schatten 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.⁵⁸

De prevalentie van HIV besmetting in de Belgische gevangenis is dus ongeveer tien keer hoger dan onder de globale bevolking. De toestand is waarschijnlijk veel erger in de huizen van Bewaring van Brussel (Sint Gillis, Vorst en Berkendael), die een jongere bevolking hebben, en tevens een belangrijker aandeel van personen die een straf uitzitten in verband met de wetgeving op de verdovende middelen.

Studies die in 1997 werden uitgevoerd in een gevangenis van zeven Europese landen, hebben een prevalentie te zien gegeven tussen 0% en 18%.

Tabel 4: HIV prevalentie en Hepatitis C (HCV) in strafinrichtingen⁵⁹ van enkele Europese landen

	<i>Staalgrootte</i>	<i>HIV Prevalentie</i>	<i>HCV Prevalentie</i>
<i>Duitsland</i>	437	0.7%	4.8%
<i>Spanje</i>	101	13.7%	45.6%
<i>Frankrijk</i>	920	2.7%	6.9%
<i>Italië</i>	683	6%	23.5%
<i>Zweden</i>	305	1.6%	HBV 39.7%
<i>Portugal</i>	483	17.7%	32.8%
<i>België</i>	115	0%	10.9%

⁵⁷ IDEWE; De prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België, onderzoeksrapport, mei 1994

⁵⁸ HARIGA F.; Sida et prison. Agence de Prévention du Sida ; Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique, September 1997

⁵⁹ WEILANDT C.; ROTILY M. e.a.; European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons. 2nd Annual Report. Bonn-Marseille, mei 1997.

3.4.2.2 Specifieke situatie bij vrouwen en minderjarige gevangenen.

In meer dan één opzicht lijkt de gezondheidstoestand van vrouwelijke gedetineerden nog problematischer dan die van hun mannelijke collega's.

Recente Franse statistieken tonen aan dat bij de binnenkomende gevangenen die, na opsporingstests voor Aids, hepatitis B en/of hepatitis C, een positief resultaat geven, de vrouwen talrijker zijn dan de mannen (9,6% t.o.v. 6,4%; waarschijnlijk is er een verband met de overrepresentatie van vrouwen die in detentie verblijven voor inbreuken op de wetgeving op de verdovende middelen⁶⁰)

Overigens toont de situatie in Canada aan dat de kans op besmetting binnen de gevangenis zelf statistisch hoger zou zijn bij vrouwen dan bij mannen, en de talrijke verdedigers van de rechten van gedetineerden schatten dat ongeveer 1/3 van de vrouwelijke gedetineerden in Canada HIV besmet zou kunnen zijn⁶¹.

In Nederland werden, in drie van de zes strafinrichtingen voor vrouwen, programma's van gezondheidsopvoeding ontwikkeld, specifiek gericht op de situatie van gedetineerden. Die programma's, gericht zowel naar de vrouwelijke gedetineerden als naar het verpleegkundig personeel, kenden een groot succes⁶². In de Verenigde Staten werd een gelijkaardig experiment opgezet met gedetineerde vrouwelijke druggebruikers, naar het model van een "therapeutische gemeenschap", en ook dat experiment gaf overtuigende resultaten te zien⁶³.

In dezelfde optiek van adaptatie van preventietechnieken aan de socio-culturele bijzonderheden van specifieke groepen gedetineerden, werd een Frans project gerealiseerd met 1 500 binnenkomers in het Centre des jeunes détenus de Fleury-Mérogis, en ook daar werden overtuigende resultaten geboekt.⁶⁴

3.4.2.3 Hepatitis B en C

Vermits de populatie van intraveneuze gebruikers een populatie is met een bijzonder hoog risico voor besmetting met hepatitis B (HBV) en vooral hepatitis C (HCV), is het van wezenlijk belang om bij het bespreken van Aids-preventie in het gevangenis milieu eveneens aandacht te hebben voor de preventie van hepatitis.

⁶⁰ Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - *Etudes et Résultats*, nr. 4, januari 1999.

⁶¹ S. BOYD, K. FAITH; *Women, illegal drugs and prison: views from Canada*, International Journal of Drug Policy 10 (1999) 195-207.

⁶² S. DE BRUYNE, F. STEEGHS; *Development of health education programs for female prisoners in the Netherlands*, mededeling aan het "Third European Seminar on HIV and Hepatitis in Prison", Milano, May 28 & 29, 1999.

⁶³ D. LOCKWOOD, e.a.; *Developing comprehensive prison-based therapeutic community treatment for women*, Drugs and Society, 1998, 13, (1/2), 193-212.

⁶⁴ P. HOFMAN ; *Prévention de l'infection au VIH auprès des mineurs en milieu carcéral*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescent, 1998, 45, (10), 627-637.

Volgens het systeem van de Laboratoria Vigies⁶⁵ van het IHE, is de incidentie van hepatitis C in België toegenomen van 10/100 000 inwoners tot 15/100 000. De incidentie van hepatitis B is ongeveer gelijk gebleven: ze ging van 2,9/100 000 naar 2,7/100 000 in 1995.

70% van de hepatitis C gevallen evolueren naar *chronische hepatitis*, waarvan de helft een *agressieve chronische hepatitis* zullen worden met een verhoogd risico op een evolutie naar een *cirrose* (20%) en naar *leverkanker* (5-10%)⁶⁶. De frequentie van de evolutie naar een chronische hepatitis B is zwakker (10%) en de risico's op levercirrose en op leverkanker zijn kleiner dan 1%. In het geval van hepatitis C is een co-infectie met hepatitis B een verzwarende factor in de evolutie van hepatitis C naar een chronische hepatitis⁶⁷.

Voorals de intraveneuze druggebruikers lopen een risico m.b.t. de overdracht van hepatitis B en C. De prevalentie van hepatitis C bij deze groep ligt, naargelang de studie, tussen 64% en 82%. De prevalentie van hepatitis B varieert tussen 16% en 32%.

Een studie die werd uitgevoerd in de Belgische gevangenen in 1992 (IDEWE⁶⁸) toonde een prevalentie percentage voor virale hepatitis van 1,48%; dat percentage moet vergeleken worden met het percentage van 0,32% bij de globale bevolking, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Deze studie hield enkel rekening met de symptomatische gevallen of de recente gevallen van bloedtransfusie. Welnu: virale hepatitis is asymptomatisch in 80% (hepatitis C) tot 66% (hepatitis B) van de gevallen. Op basis van deze studie werd trouwens begonnen met het vaccineren van het gevangenis personeel. Een andere studie, uitgevoerd in de gevangenis van Antwerpen, toonde een prevalentie percentage voor hepatitis B van 20%⁶⁹.

Een studie die in Frankrijk werd uitgevoerd in 1995⁷⁰ bij IVD's in detentie gaf, voor de markers van hepatitis B, een prevalentie te zien van 31,7%. Wat hepatitis C betreft is de prevalentie 25,6% (90,8% bij IVD's en 6,7% bij de niet IVD's).

⁶⁵ DUCOFFRE, G.; Surveillance des Maladies Infectieuses Par un Réseau de Laboratoires de Microbiologie ; 1995 ; Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement.. Institut Scientifique de la Santé Publique-Louis Pasteur. Section Epidémiologie

⁶⁶ DENIS B., LEFEBVRE V. ; Hépatites C et Toxicomanie. Revue de la Médecine Générale; nr 137 Novembre 1996.

⁶⁷ WELTMAN e.a.; Coinfection with Hepatitis B and C, or B, C and D viruses results in severe chronic liver disease and respond poorly to IFN treatment. Journal of Viral Hepatitis, 1995; 2; 39-45.

⁶⁸ IDEWE, Op.cit.

⁶⁹ 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

⁷⁰ VERNAY-VAISSE, C., ROTILY M., ROUSSEAU S., BOURLIERES M., GALINIER-PUJOL A., OBADIA Y. ; Epidémiologie des Hépatites Virales B et C au Centre Pénitentiaire de Marseille: Evaluation d'un programme de dépistage et de vaccination contre l'hépatite B.

Tabel 5: Studie van de prevalentie en incidentie van hepatitis B en C in België.

Jaar	Staalgrootte	Populatie	Prevalentie	Referentie
1992	893	Gevangenis (14 inrichtingen)	HBV/HCV*=1,48% (symptomatisch)	IDEWE 1994 ⁷¹
1993	996	Gevangenis Antwerpen	HBV=20.5%	S.Todts 1997 ⁷²
1993-1994	4058	Algemene Bevolking Vlaanderen	HCV = 0.87% ; HBV = 6.9%	P.Van Damme 1997 ⁷³
1995	226	IVD's in behandeling	HCV = 82%; HBV=34%	B. Denis 1993 ⁷⁴
1997	100	Gevangenis Sint Gillis/IVD	HCV=64% HBV=32%	J.Donot ⁷⁵
1997	27	Gevangenis Namen/IVD	HCV = 39% (speekseltest ⁷⁶)	F. Hariga ⁷⁷

* HBV = Hepatitis B et HCV = Hepatitis C

Een studie die in Sint Gillis werd uitgevoerd bij IVD's gaf een HCV seroprevalentie van 64% bij die groep. Een andere studie, uitgevoerd in 1997 in Namen met het gebruik van speekseltests (waarbij een onderschatting van tenminste 30% geldt), geeft een seroprevalentie van 39% bij IVD's.

Zoals blijkt uit tabel 4, hebben studies die werden uitgevoerd in penitentiaire settings in andere Europese landen, een gemiddelde prevalentie van 38% aangetoond, variërend van 19% in Italië tot 58% in Zweden.

Er dient opgemerkt dat de IVD populatie in België relatief gespaard is gebleven van HIV besmetting in vergelijking met de IVD's in andere Europese landen; hetzelfde geldt nochtans niet voor wat de besmetting met hepatitis B en C betreft⁷⁸. Inderdaad, in alle landen van de Europese Unie zijn tussen 70 en 80% van de IVD's besmet met het hepatitis C virus, terwijl in diezelfde landen de HIV seroprevalentie varieert van 1% tot 61%, afhankelijk van het land. Dit verschil tussen HIV en HCV besmetting is waarschijnlijk te wijten aan de grotere virulentie van het hepatitis C virus. Het gemeenschappelijk gebruik van het injectiemateriaal (spuit, filters, spoelmiddel, lepel) is waarschijnlijk de belangrijkste oorzaak van de transmissie van het virus. Trouwens, het blijkt dat de overgrote meerderheid van de besmette personen geïnfecteerd worden in de loop van het eerste jaar van hun intraveneus gebruik.⁷⁹

⁷¹ IDEWE, op.cit.

⁷² 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

⁷³ VAN DAMME P. et al.; Prevalence of Hepatitis A, B and C in the Flemish population, European Journal of Epidemiology 13 : 1-6, 1997

⁷⁴ DENIS B., op.cit.

⁷⁵ DONOT J.; persoonlijke mededeling

⁷⁶ de gevoeligheid van de speekseltest is zwak en men kan veronderstellen dat de resultaten met minimum 30% ondergewaardeerd zijn .

⁷⁷ Réseau européen de Prévention du sida et des hépatites en prison. Rapport 1998.

⁷⁸ DENIS B., LEFEBVRE V. ; Hépatite C et Toxicomanie, Revue de la Médecine Générale; nr. 137 November 1996.

⁷⁹ DENIS B. ; Résultats intermédiaire Hépatite C et Toxicomanie; GEMT; 1995.

Het gevangenispersoneel heeft de gelegenheid om zich te laten vaccineren tegen hepatitis B, wat echter niet het geval is voor de gedetineerden. Hierbij moet opgemerkt worden dat ook in de buitenwereld druggebruikers, net zoals andere burgers, niet kunnen genieten van gratis vaccinaties tegen hepatitis B.

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.

3.4.2.4 Tuberculose

Er is een belangrijke correlatie tussen actieve tuberculose (TBC) en besmetting met het HIV-virus. In 1995 was dat het geval bij 4.0% van de patiënten bij wie tuberculose werd gediagnosticeerd. Een onderzoek in een Spaanse gevangenis⁸⁰ wees uit dat 42.8% van de intraveneuze gebruikers zowel besmet waren met HIV als met TBC, terwijl de tuberculose prevalentie 2,7% bedroeg. Een HIV positieve persoon loopt een veel hoger risico om actieve TBC te krijgen dan een niet-geïnfecteerde persoon. Dit risico lijkt hoger voor IVD's in de gevangenis. In 1991 brak in een gevangenis in de staat New York een TBC epidemie uit die multiresistent was tegen tuberculostatica. 11 gedetineerden en één bewaarder overleden; ze waren allemaal HIV positief.

In 1998 bedroeg de incidentie (graad van detectie) van TBC in België 12/100.000⁸¹. Ze varieert naargelang de regio's en bedraagt respectievelijk 32.5/100.000 in Brussel, 10.5/100.000 in Wallonië en 9/100.000 in Vlaanderen.

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 1992⁸² dat tuberculose in het gevangenis milieu een volksgezondheid probleem was.

In 1992 voerde S. Todts⁸³ een onderzoek uit in de gevangenis van Antwerpen waaruit bleek dat de prevalentie van TBC 436/100.000 bedroeg. Het conversiepercentage van de tuberculinetest bij Belgische gedetineerden onder de 25 jaar bedroeg 23%, 10 keer hoger dan het nationale gemiddelde voor dezelfde leeftijdsgroep.

⁸⁰ MARTIN V et al. ; Case-finding of pulmonary tuberculosis on admission to a penitentiary centre. *Tubercule and Lung Disease* (1994) 74, 49-53.

⁸¹ FARES. *Activiteitenverslag 1998*.

⁸² Bron: Pilotstudie: Dépistage de la Tuberculose Dans les Prisons De La Communauté Française de Belgique. FARES, 1992.,

⁸³ 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.

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 gevangenispersoneel als bij de gedetineerden.

3.4.2.5 Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's):

Er is ook een heel sterk verband tussen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) en besmetting met het HIV-virus. Bij 3.8% van de patiënten met een SOA is de HIV test immers positief.

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%⁸⁴.

3.4.2.6 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 populatie⁸⁵ 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.

Het valt op dat het aantal zelfmoorden aanzienlijk hoger ligt in het begin van het verblijf in de gevangenis. Zo gebeurden in 1998, 20 (twee derden van het totaal) van de zelfmoorden tijdens de eerste zes maanden van de gevangenisstraf, waarvan 10 in de eerste maand⁸⁶. We mogen er redelijkerwijze van uitgaan dat een groot deel van deze personen in voorlopige hechtenis zat.

Tabel 6: Aantal zelfmoorden in de gevangenis (België)

<i>Duur van de detentie op het moment van de zelfmoord</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>
<i>< 1 maand</i>	5	10
<i>1 tot 6 maanden</i>	5	10
<i>6 maanden tot 1 jaar</i>	4	6
<i>1 tot 5 jaar</i>	6	3
<i>> 5 jaren</i>	2	0
<i>Totaal</i>	22	29

⁸⁴ IDEWE; De Prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België. Onderzoeksrapport; 1994.

⁸⁵ bron: WIV – Louis Pasteur.

⁸⁶ Ministerie van Justitie, Directoraat-generaal Strafinrichtingen, Jaarverslag 1998, p. 124.

Bij druggebruikers kunnen in de eerste fase van de detentie ernstige onthoudingsverschijnselen de mentale weerbaarheid extra aantasten. Ernstige depressies en gedragsstoornissen (o.a. agressiviteit) zijn veel voorkomend bij onthouding van cocaïne, amfetamines, bepaalde benzodiazepines en opiaten.

De geïnterviewde personen die reeds verschillende detenties achter de rug hadden verklaarden minder aanpassingmoeilijkheden bij een nieuwe detentie. Rechtsonzekerheid (vrijlating, genadeverzoek, voorwaardelijke invrijheidstelling, toekenning penitentiair verlof, uitvoeren van vervangende gevangenisstraf, verloop hangende zaken,...) die aanleiding geeft tot spanning en psychisch onwelzijn wordt door hen geciteerd als een risicofactor. Een slechte mentale toestand wordt immers geciteerd als een reden voor gebruik, (> 60% van de ex-gedetineerden).

‘G.: Niemand is zeker wanneer hij vrij mag. Het wordt voor het stomste uitgesteld. Die stress...’

Over gevallen van niet-dodelijke zelfverminking hebben we geen cijfers.

3.5 BESLUIT

Wanneer we de omschrijving overnemen uit de oriënteringsnota van het strafrechtelijk beleid en van de strafuitvoering, daterend van juni 1996, dan zien we dat de «typische gevangene een jonge man is die een beperkte opleiding heeft genoten en een zwakke socio-economische positie heeft, en die een diefstal heeft gepleegd. Vaak heeft hij eveneens een overtreding begaan die te maken heeft met drugs, en niet zelden is het een buitenlands persoon»⁸⁷.

Meer nog, onze 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 verzaamd door het aspect overbevolking in penitentiaire instellingen. Dergelijke vaststelling laat ons toe de moeilijkheden te voorzien die kunnen optreden in de penitentiaire administratie om zich over deze mensen te ontfermen en het nut in te zien om een epidemiologisch instrument te ontwikkelen inzake druggebruik en risicogedrag.

⁸⁷ DECLERCK, S., *Politique pénale et exécution des peines. Note d'orientation*, Ministerie van Justitie, juni 1996, p. 8.

4 DE RELATIES IN DE GEVANGENIS EN DE AANWEZIGHEID VAN DRUGS

4.1 INLEIDING

Uit de gesprekken die gevoerd werden in het kader van het universitair onderzoek van 1997 blijkt dat "de actoren de toename van de aanwezigheid van drugs in de gevangenis situeren in de jaren '80. Hoewel sommigen dat feit verbinden met de vermenschlijking van de detentievoorwaarden en met het open stellen van de gevangenis op de 'maatschappij', benadrukken anderen de toename van gedetineerden die veroordeeld werden voor 'drugfeiten' tengevolge van de wijziging van de wet op de verdovende middelen van 1975, evenals de overbevolking als factoren die een invloed hebben gehad op de ontwikkeling van de drughandel. Parallel daarmee lijkt het erop dat het klimaat in de strafinrichtingen verslechterd is, ondanks het feit dat druggebruik vaak wordt omschreven als iets dat de gedetineerden kalm houdt; inderdaad: de belangrijke aanwezigheid van drugs heeft een klimaat doen ontstaan van gewelddadigheid (rackets, druk, bedreigingen, vereffening van rekeningen,...) en van argwaan (van bewaarders tegenover gedetineerden, maar ook van gedetineerden onder elkaar) die een verhouding, die reeds gespannen was door een wederzijdse 'diabolisering', nog verergerd heeft"⁸⁸.

In dit deel zullen we vooreerst nader ingaan op hoe de handel georganiseerd is in de gevangenis en informatie geven over de beschikbare producten, namelijk de diversiteit, kwaliteit, prijzen en betaalmogelijkheden. Vervolgens, na een voorstelling van de factoren die de relaties tussen de gedetineerden bepalen, zullen we proberen duiding te geven over de invloed van de handel en het gebruik van drugs op de relaties tussen de gedetineerden, maar eveneens tussen de gedetineerden en het personeel, en dit in termen van geweld.

4.2 DE DRUGHANDEL

Wanneer men de problematiek van de drughandel in penitentiaire settings aansnijdt, laten de bewaarders, zowel als de directies, regelmatig hun onmacht blijken om dit fenomeen uit te schakelen. Ze vergelijken de gevangenis met een 'gruyèrekaas' of een 'zeef', verwijzend naar de veelheid van mogelijkheden om drugs binnen te brengen en de manier waarop de handel georganiseerd is.

4.2.1 De organisatie van de handel en de wijzen van binnenbrengen van drugs

Drughandel kan zich op twee manieren voordoen binnen detentie, namelijk op individueel vlak of georganiseerd. In detentiecentra, zoals huizen van arrest, waar er een groot verloop is van gedetineerden, meestal met een korte verblijfsduur, is individuele drughandel meer voorkomend

⁸⁸ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit., p. 35.

dan de georganiseerde. In strafinrichtingen met een kleiner verloop en meer langdurige gestraften zijn het vooral piramidevormige, georganiseerde netwerken van drughandel die de controle uitoefenen. Algemeen gesproken kan hierbij vermeld worden dat, net zoals in de buitenwereld, de grote dealers buiten schot blijven terwijl de 'kleinen' die de drugs binnenbrengen om te betalen voor hun eigen gebruik, meer in het zicht lopen.

Ofschoon het type gevangenis, tengevolge van het verschil in intensiteit van de contacten met de buitenwereld, een invloed heeft op de organisatie van de drughandel, moet ook vermeld worden dat de architectuur van de gevangenis van belang is. Zo kunnen bijvoorbeeld in bepaalde stedelijke gevangenissen pakjes over de muren gegooid worden en terechtkomen op de wandelplaatsen. In open instellingen zijn er bijvoorbeeld meer mogelijkheden om pakjes of objecten met verboden middelen binnen te brengen dan in gesloten instellingen, en zijn er, anderzijds, veel meer verbergmogelijkheden voor drugs (bos, park, veld,...).

Het bevragen van de manieren die gebruikt worden om drugs binnen te smokkelen werd, begrijpelijk, met de nodige reserves beantwoord. Toch kunnen een aantal van de meest geciteerde werkwijzen weerhouden worden:

- Bezoek is de meest voor de hand liggende opportuniteit voor het binnenbrengen van producten. 'Trucs' die daarbij gebruikt worden zijn o.a. schoenenwisseling, tongzoenen, omhelzingen, in pakjes, ...
- Terugkeer na penitentiair verlop, halve vrijheid, ... Het inslikken of verbergen in de intieme plaatsen zijn daarbij veel gebruikte technieken.
- Via personeel: zowel gedetineerden als bewaarders bevestigen dat personeel (zij het dat er geen duidelijke indicaties zijn over de graad) mee betrokken is in de handel. Dit werd gemeld in 50% van de interviews met de bewaarders, en bijna de helft van de interviews met de gedetineerden.

'G.: Nee, niet alleen individueel. Dat gaat tot georganiseerd. In die zin, dat als jij een cipier aan de haak kunt slaan en dat je daar dingen heen kunt sturen en dat dat wordt afgegeven aan die cipier en dat die dat dan binnen brengt. Voor welke tegenprestatie dan ook. Handel, van geld tot prostitutie...'

'B.: ..Er zitten collega's die zich daar mee bezig houden. 't Kan goed verdienen, hé...'

'B.: Maar ik veronderstel dat er nogal wat drugs binnenkomen via bewaarders. Ik vermoed ook, voortgaande op wat de gedetineerden mij vertellen dat sommige bewaarders duidelijk druggebruik wel door de vingers zien. Omdat ja, een rustige roker is geen onruststoker. Het geeft ook macht aan de bewaarder.'

Samenvattend kan gesteld worden dat het buiten houden van drugs onmogelijk is of extreem moeilijk omwille van chantage en druk op gedetineerden en hun familie, omwille van vindingrijkheid bij het binnenbrengen en omwille van betrokkenheid van het personeel.

Het regime, het type gevangenis, de gevolgde politiek qua detectie kunnen allemaal een impact hebben op de beschikbare kwantiteit van producten, maar kan onmogelijk van de gevangenis een 'drugvrije zone' maken. In dit verband bevestigt Professor B. De Ruyver in zijn rapport aan

de parlementaire werkgroep 'drugs' dat: "het is ondenkbaar, rekening houdende met de belangrijkheid van het drugaanbod in de maatschappij dat men legale en illegale drugs uit het penitentiaire milieu kan bannen, zonder het risico te lopen om het leven in de gevangenis onhoudbaar te maken. Dit impliceert immers dat men de mogelijkheden van de gedetineerden om met de buitenwereld te communiceren tot een absoluut minimum herleidt en dat men strikte veiligheidsmaatregelen invoert voor het personeel en personen die ten professionele titel aanwezig zijn in de gevangenissen".⁸⁹

4.2.2 De beschikbare middelen

Wat betreft de beschikbare producten kan gesteld worden dat 'indien gewenst en men ervoor betaalt, alles beschikbaar is'. We kunnen dan ook merken dat de *beschikbare producten* zeer divers zijn: van illegale drugs tot alcohol-surrogaten en medicamenten.

In het verleden was het grootste aanbod cannabisproducten (met ruime voorsprong trouwens), benzodiazepines en opiaten. Recentelijk, en hier wordt de maatschappelijke trend gevolgd, is er een grotere polydrugmarkt in de gevangenis. Cannabisproducten blijven wel onbedreigd nummer 1, maar naast heroïne en benzodiazepines zijn ook cocaïne, speed, XTC, ... verkrijgbaar.

Speciale aandacht moet ook geschonken worden aan de problematiek van medicamenten. Medicatie, en dan vooral slaap- en kalmeermiddelen en pijnstillers, zijn in ruime mate aanwezig via illegale circuits. Eén circuit maakt deel uit van 'binnengesmokkelde' medicatie (Rohypnol® en Lexotan® zijn daarbij twee van de favorieten').

'G.: Rohypnol werd heel veel binnen gebracht. Er waren allerhande slaapmiddelen; Vesparax, Lexotan, Valium, alles wat de klok slaat, waar junkies gek op zijn. Ik had zelfs een jongen bij mij op cel die uitkeek naar het bezoek van zijn ouders, dan kreeg die Valium tien of Lexotan twaalf en die was zo weg als iets als die terug binnen kwam. Als die dan eens geen bezoek had was het wel een ramp.'

Een ander circuit is het 'afleiden' van voorgeschreven medicatie door de gevangenisarts hetzij onder druk, hetzij voor financieel gewin. Het voorschrijfgedrag van de plaatselijke arts en de systemen van medicatiebedeling zijn daarbij belangrijke factoren.⁹⁰

Er wordt zelfs melding gemaakt van een bepaalde correlatie tussen illegaal druggebruik en medicamentengebruik in de gevangenis.

'B.: Ik hoor soms dat er veel binnen zit. Ik vind dat wij dat ook kunnen merken. Iemand die bijvoorbeeld heel zuchtig is naar medicatie en altijd meer moet hebben, en op een dag komt die zeggen: ik ben erdoor, ik heb niets meer nodig. Dan weten wij dat een ander circuit heel goed draait.'

⁸⁹ Rapport namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, *Gedr. St. Kamer.*, Ch. repr., s.o., 1996-1997, 1062/3, 5 juni 1997, p. 938.

⁹⁰ Zie hiervoor 5.4.4.2. De bevoorrading en het voorschrijven van geneesmiddelen

Tenslotte dient opgemerkt dat door de meeste respondenten wordt aangehaald dat, ofschoon alle middelen beschikbaar zijn, de mate van beschikbaarheid zeer variabel is, afhankelijk van periodes en penitentiaire inrichting.

Ofschoon alcoholgebruik niet direct deel uitmaakt van dit onderzoek is het, voor de volledigheid, toch relevant te vermelden dat illegale consumptie van alcohol of substituten ervan regelmatig werd aangehaald door de respondenten.

‘G.: ... ik heb alleen aftershave en zoiets om op uw haar te doen, Petrolan, dat je op de kantine lijst kreeg. Er waren jongens bij die dat speciaal bestelden en die dat in één slok leegdranken om een beetje dronken te zijn...’

‘G.: Ze maken hier zelfs alcohol. Met gist dat van de keuken komt en met fruit en suiker. Dat laten ze dan 16 dagen staan. Maar daar krijg je koppijn van.’

‘G.: Eau de cologne wordt hier ook veel gedronken. Dat wordt dan door een boterham gegoten om die kleurstof weg te krijgen...’

Het mag evident zijn dat het consumeren van dergelijke alcohol-surrogaten een alles behalve gezondheidsbevorderende activiteit is.

De kwaliteit van de beschikbare illegale drugs wordt, net zoals in onderzoeken die in de buitenwereld gebeuren, door de respondenten zeer subjectief beoordeeld, gaande van beter, hetzelfde als buiten tot slechter. (Ex)gedetineerden die de kwaliteit in een tijdsevolutie konden plaatsen wisten wel te melden dat globaal de kwaliteit van de producten in de gevangenis verbeterd is. Ook hier geldt hetzelfde verschijnsel als op straat waar voor drugs zoals heroïne, cocaïne en speed de kwaliteit de laatste jaren gevoelig verbeterd is. Deze kwaliteitsverbetering van de drugs in de gevangenis betekent echter niet dat er, net zoals buiten, soms producten van slechte of gevaarlijke kwaliteit in de gevangenis aanwezig kunnen zijn, zoals trouwens in een directienota van een gevangenis van te lezen stond naar aanleiding van overdosissen in zijn inrichting.

Niet alleen is de kwaliteit op straat gevoelig verbeterd maar ook de prijzen van deze illegale producten zijn merkbaar ‘democratischer’ geworden. Ofschoon deze trend van dalende prijzen ook in penitentiaire settings wordt vastgesteld, toch geven de interviews van (ex)gedetineerden indicaties dat de prijzen gevoelig hoger liggen dan buiten (dubbel tot ettelijke malen duurder naargelang het beschikbare aanbod). Dat hogere prijzen een spiraal van schuld in de hand kunnen werken met alle negatieve consequenties van dien (geweld, chantage, recuperatie van schuldenaars in de handel, ...) is een belangrijke risicofactor voor de fysieke en mentale gezondheid van gedetineerde druggebruikers. Een risicofactor die, paradoxaal genoeg, kleiner wordt bij een groter aanbod van drugs in de gevangenis omdat dan de prijzen naar beneden gaan.

De betalingswijze voor drugs gebeurt vooral via het systeem van telefoonkaarten en waardeobjecten (gouden ringen, kettingen, sigaretten, ...). Door enkele respondenten werden zelfs manieren aangebracht om telefoonkaarten om te zetten waardoor het risico verdwijnt dat bij een celcontrole teveel telefoonkaarten worden aangetroffen die niet kunnen verantwoord worden.

Dat sommige gedetineerden in betalingsmoeilijkheden komen wordt verder besproken en geeft aanleiding tot verschillende vormen van geweld. Vooral het recupereren in de drughandel en (al dan niet gedwongen) prostitutie zijn daarbij ernstige risicofactoren.

In uitzonderlijke gevallen gebeurt betaling buiten door familie en/of vrienden.

4.3 HET RELATIONELE ASPECT

4.3.1 Relaties tussen gedetineerden onderling

Een lopend onderzoek van de V.U.B. en de U.L.B. m.b.t. geweld in de gevangenis, geeft duiding dat de relaties tussen gedetineerden gebaseerd zijn op een instrumenteel of functioneel verband en niet op vriendschap of respect.

Uit de antwoorden van de respondenten van dit onderzoek blijkt dat er wel degelijk een verschil is tussen gebruikende en niet-gebruikende gedetineerden en dat druggebruikers, waar mogelijk, 'samen klitten'. Het gebruik zelf is daar een belangrijke reden van.

'G.: Er zijn nooit problemen geweest tussen gebruikers en niet-gebruikers. In het algemeen doen de niet-gebruikers veel aan sport, en zijn dus niet veel samen met diegenen die gebruiken.'

Het verkrijgen van drugs in een penitentiaire setting heeft zijn eigen spelregels en het deel uitmaken van een subgroep met de inherente solidariteit vergemakkelijkt dit. Ondanks de bijhorende negatieve consequenties, zoals de druk die uitgeoefend wordt om zijn drugs te delen, wordt de klikvorming als noodzakelijk beschouwd.

'G.: Je moet samen spannen...'

Druggebruikers zijn echter geen homogene groep. Andere factoren determineren mee de onderlinge relaties tussen gebruikers. Het gebruikte middel (t.t.z. het geprefereerde product in de buitenwereld) bepaalt mee de onderlinge contacten. Dit is zeker het geval bij oudere gebruikers, waar subgroepen van heroïne, speed en cocaïnegebruikers meer gedifferentieerd zijn.

'G.: ...die cokegasten spannen samen en die heroïnetypen ook natuurlijk...'

Dit fenomeen speelt minder bij jongere gebruikers waar polydruggebruik eerder de norm is geworden. De differentiatie bij oudere gebruikers betekent ook niet dat deze zich, in de specificiteit van een penitentiaire setting, zullen onthouden van gebruik van andere middelen.

Een andere factor is de regio van herkomst. Gebruikers in detentie kennen mekaar vaak reeds van buiten. De gebruikersgroepen zijn in de buitenwereld regelmatig kleine subgroepen, vooral wat betreft de gemarginaliseerde restgroep van problematische gebruikers die omwille van zogenaamde verwervingscriminaliteit in detentie terechtkomen. Ze kennen mekaar reeds vanuit dezelfde straat, buurt, stad of regio.

'G.: Ik ben van Charleroi, ik ken dus een pak mensen van daar. Ik moet er maar naar vragen, en dan gaat het snel om het te weten te komen (...wie gebruikers en dealers zijn...).'

'G.: ja, ge hebt die van Antwerpen en die van Brussel, die kennen mekaar en plakken meer aan mekaar.'

Ook de etnische afkomst is een belangrijk criterium. Taal, culturele eigenheid zijn ook tussen druggebruikers belangrijke determinanten voor de onderlinge relaties.

'G.: Het zijn allemaal groepen. De groep Turken, de groep Arabieren, de Italianen. De Italianen zijn vaak samen met de Spanjaarden.'

'G.: ja, ik ken die junkies wel van buiten, ik heb er een paar keer mee gebruikt, maar ik hang hier binnen meer met mijn eigen soort rond. Hier ben ik eerst Marokkaan.'

De meeste respondenten (>70% van de gedetineerden) geven aan dat de relaties tussen gebruikers en niet-gebruikers (sommigen staan neerbuigend tegenover mekaar of hebben medelijden) over het algemeen minder intensief zijn dan die tussen gebruikers onderling. De 'solidariteit' van het gebruik enerzijds, het wantrouwen ('verklikken') t.o.v. niet-gebruikers anderzijds, zijn determinerende factoren voor deze onderlinge relaties. De nadruk ligt echter vooral op het eerste element (druggebruik in al zijn aspecten is een erg 'arbeidsintensieve' bezigheid in de gevangenis) en minder op het wantrouwen.

'G.: gebruik je of gebruik je niet ... dat interesseert niemand.'

'G.: ... daar wordt niet op gereageerd...'

De gedragscode van een gedetineerde ten opzichte van verklikken en het bestaan van maatregelen tegen verklikkers zal daar niet vreemd aan zijn. Opvallend is ook dat onder de gebruikers geen enkele respondent antwoordde ooit gechanteerd te zijn geweest omwille van zijn gebruik door niet-gebruikende gedetineerden.

De onderlinge relaties hierboven beschreven hebben vooral betrekking op die momenten waar contact buiten de cel mogelijk is, zoals tijdens de wandeling, in de gangen, in de ateliers, enz. Het regime waar de gedetineerden onder ressorteren (open/gesloten; werkmogelijkheden, ...) bepalen dan ook in grote mate de aard en vooral de intensiteit van deze relaties.

Anders is het wat betreft de situatie in de cel. We zullen zien dat de verdeling van de gedetineerden over de cellen vooral gebeurt naargelang de plaatsmogelijkheden. Het risico bestaat, en wordt ook geduid door de respondenten, dat niet-gebruikende gedetineerden (al dan niet vrijwillig) daardoor geïnitieerd worden in druggebruik of medeslachtoffer worden van sancties.

'G.: Ze nemen dat voor uw neus, zodat ge betaalt, opdat ge goesting krijgt. Dat geeft een slechte sfeer.'

'B.: ... gebruik waarvan ze ongewild getuige zijn. Of dat ze risico lopen. Ze worden bvb. in duo geplaatst. Ze vragen om verplaatst te worden en dan blijkt dat ze schrik hebben voor celcontrole omdat daar iets verstopt is...'

4.3.2 De relaties tussen de bewaarders en gedetineerden

In het kader van het dagelijks beheer van de inrichting beschikken de bewaarders over een discretionaire bevoegdheid die het logische gevolg is van de doelstelling om de orde te handhaven en die voortvloeit uit de ontoereikendheid van de bestaande reglementen, dit ondanks het feit dat die reglementen het gedrag van de bewaarders nauwkeurig en gedetailleerd omschrijven met als doelstelling de relaties die groeien tussen bewaarders en gevangenen te reguleren.⁹¹

Dank zij deze discretionaire bevoegdheid kunnen de bewaarders de paradoxale situatie overstijgen waarin ze voortdurend worden geplaagd en de spanning verminderen die resulteert uit het feit dat de directie tevreden moet worden gesteld en dat de gedetineerden niet ontevreden mogen zijn.

Het concept van "dubbele dwang" onthult inderdaad het feit dat de bewaarders, in de uitoefening van hun ambt, geconfronteerd worden met "twee aan elkaar tegengestelde vragen: enerzijds de vraag van de ordehandhaving uit eerbied voor het reglement, zoals het door hun hiërarchische oversten wordt gevraagd, en zonder dat het toegelaten is om middelen te gebruiken die de gebruikelijke behandeling al te zeer in vraag zouden stellen; en, anderzijds, de nood naar een zekere laksheid in de toepassing van het reglement, zoals die wordt uitgedrukt door de gedetineerden, om de eisen vanwege de instelling te verzachten. En van het evenwicht dat tussen deze twee vragen wordt gevonden hangt de "rust" af onder dewelke een slecht beloonde en weinig gewaardeerde beroepsbezigheid zal worden vervuld"⁹². Dus zien de bewaarders zich voor een dilemma geplaatst: "een te grote nadruk op dwang dreigt de orde te verstoren omdat die dwang een opstandige reactie uitlokt bij de gedetineerden; en, omgekeerd, dreigt een gebrek aan dwang een sanctie vanwege de hiërarchische oversten teweeg te brengen"⁹³. De oplossing van dit probleem ligt dus in "het gebruik maken van de 'afwijkingsruimte' die institutioneel wordt getolereerd" en "dank zij de macht waarover ze beschikken, zijn de bewaarders (...) in staat om de grenzen daarvan vast te stellen; niet dat ze die op eigen gezag vaststellen maar, rekening houdend met de vraag waarmee ze worden geconfronteerd, kunnen ze die doen uitrekken of doen krimpen"⁹⁴.

Met andere woorden "er bestaat een voortdurend compromis tussen de discipline en het respect voor de regels aan de ene kant, en het zoveel mogelijk vermijden van incidenten en het niet eerbiedigen van regels die de veiligheid niet in gevaar brengen aan de andere kant, een voortdurende slingerbeweging tussen situaties van macht en van samenwerking. Men stelt ook vast hoe belangrijk de informele middelen worden ter controle van de gevangenispopulatie, in een universum dat overigens sterk gebureaucratiseerd is, waar voorrang wordt verleend aan de

⁹¹ ROSTAING C. ; «Les relations entre surveillantes et détenues» in FAUGERON C., CHAUVENET A., COMBESSIE P. ; *Approches de la prison*, Bruxelles, De Boeck Université, coll. «perspectives criminologiques», 1996, pp. 101-125.

⁹² MARY P. ; «Pratiques clandestines en milieu carcéral. Réflexions sur la reproduction et la production de la prison», *R.I.C.P.T.*, 1989, nr 2 .p 182.

⁹³ *Idem.*

⁹⁴ *Idem.*

korte termijn op de lange termijn en aan een precair sociaal evenwicht, bepaald door de gebeurtenissen⁹⁵.

‘B.: het belangrijkste is bewaken, maar met het accent naar het menselijke. Proberen een aangename –allez, aangename tussen aanhalingstekens- band met die jongens te krijgen, zodanig dat je er geen ‘ambras’ mee hebt.’

Naast dit algemene principe, komt het in de antwoorden van bewaarders en gedetineerden tot uiting dat de relaties die tussen hen ontstaan medebepaald worden door de individuele persoonlijkheid van de één en de ander, door hun persoonlijke houding en door wat beiden zich van de andere voorstellen.

De volgende uittreksels uit de gesprekken illustreren goed hoe verschillend de opvattingen kunnen zijn die bewaarders over druggebruikers in detentie kunnen hebben.

‘B. : Ik ben tegen drugs. Hopen medicamenten pakken of ’s avonds rustig in uw zetel een joint smoren, het zijn alle twee even grote druggebruikers. Ik ben sowieso tegen druggebruikers, al kan ik respect opbrengen voor de reden dat ze dat doen. Zolang ze niet degoutant doen, dan kan het er bij mij mee door...’

‘B.: Je ziet die mensen er zo door aftakelen. Ik vind het een kunst om er niet mee te beginnen. Niet aanmoedigen om te stoppen, maar aanmoedigen om er niet mee te beginnen. Met die gasten hier is dat uiteraard al te laat. Als je ziet hoe rap die terug hervallen, met hun problemen hier en doordat ze misschien niet professioneel genoeg opgevangen worden.’

‘B.: Eender welke drugverslaving in de gevangenis is geen oplossing. Er moet iets gebeuren, maar de simpelste oplossing, hup de gevangenis in. Maar het is geen oplossing. Er wordt wel eens gezegd, in de gevangenis geraak je gemakkelijker aan drugs dan op straat. Ik denk dat dat wel klopt, uit ervaring een beetje.’

‘B.: Ik kan me niet voorstellen wat iemand eraan vindt, maar ja, ik heb zelf nog nooit iets gepakt. Er zitten veel druggebruikers in de gevangenis omdat ze aan geld moesten geraken voor hun drugs. Maar in mijn ogen is dat geen echte crimineel.’

‘B. : Een joint roken, dat vind ik allemaal niet zo erg. Buiten zijn ze daar ook niet meer zo mee bezig. Alleen als ze hier afkicken of agressief zijn dan heb ik het er wel moeilijk mee.’

Voorbijgaand aan de individuele verschillen in persoonlijke standpunten, is het mogelijk drie tendensen te onderscheiden.

- De vraag of een druggebruiker wel op zijn plaats is in de gevangenis, is sterk aan de orde bij de bewaarders.
- Hun houding tegenover het cannabisgebruik is toleranter (zoals men dat ook in de maatschappij vaststelt). Het feit dat cannabis de gedetineerden “rustiger” maakt en dus minder lastig, is in dit opzicht veelbetekenend.

⁹⁵ CHAUVENET, A., ORLIC, B., BENGUIGUI, G., *Le personnel de surveillance de prisons. Essai de sociologie du travail*, Paris, Convention de recherche entre le Conseil de la Recherche du ministère de la Justice et l'EHESS, Centre d'étude des mouvements sociaux, CNRS, Ecole des Hautes études en sciences sociales 1992, pp. 73-74.

‘B. : Als ze gepakt hebben horen we ze niet. Dus, wanneer er twee zenuwachtige gedetineerden op de sectie zijn en ze pakken alle twee hun spul, dan horen we ze niet voor een tijd.’

- Gedragsmoeilijkheden, met de nadruk op agressief gedrag, t.g.v. van druggebruik wordt ervaren als de grootste belasting en bedreiging. (60% van de bewaarders).

Voor wat betreft de gedetineerden zelf duiden hun getuigenissen op een grote verscheidenheid in de attitudes en de reacties van het personeel m.b.t. druggebruik, gaande van laksheid tot verbetering. We komen hier op terug wanneer we ‘de strijd’ tegen druggebruik (detectie en sancties) beschrijven⁹⁶

‘G. : Er zijn twee categorieën. Er zijn er die willen pakken, de dealers en de drugs zelf. En dan is er de tweede categorie, die zich er niks van aantrekt, diegenen die zeggen: als er drugs zijn gaan ze me niet lastig vallen, dan ben ik gerust.’

4.3.3 De verschillende vormen van geweld en hun effecten

Geweld wordt door iedereen ervaren als één van de belangrijkste probleemgebieden binnen een penitentiaire setting.

De overbevolking in de gevangenissen is daarbij een niet te verwaarlozen element. Gebrek aan ruimte, met meerderen op een eenpersoonscel, wachtlijsten voor werk en ontspanningsactiviteiten, ... het is evident dat dergelijke leefomstandigheden sowieso de kans op gewelddadige explosies laat toenemen. We kunnen hier nog aan toevoegen dat, ofschoon deze moeilijkheden voor een stuk veroorzaakt worden door individuen of bepaalde groepen van individuen, ze ook toe te schrijven zijn aan de manier waarop gevangenissen worden ontworpen en gedirigeerd.⁹⁷

Druggebruik en -handel in de gevangenis wordt daarenboven door bijna alle respondenten ervaren als een directe aanleiding tot geweld, waarbij zowel sprake is van fysiek – als van mentaal geweld. Hierbij kan een differentiatie gebeuren op verschillende niveaus, namelijk:

- geweld van gebruikers t.o.v. zichzelf en andere gebruikers
- geweld van gebruikers t.o.v. niet gebruikers en omgekeerd
- geweld gelieerd aan drughandel en drugschulden
- geweld tussen gebruikers en het personeel (bewaarders, medici/verpleegkundigen)

⁹⁶ Zie hiervoor hoofdstuk 5: detectie en sancties.

⁹⁷ SYR, J.-H.; «Le contrôle dans les prisons: revue de la littérature», in Faugeron, C., Chauvenet A., Combessie P.; op.cit., p.261; we benadrukken.

4.3.3.1 Geweld van gebruikers t.o.v. zichzelf en andere gebruikers

Het gebruik van drugs in een penitentiaire setting kan in de beleving van de gebruiker zowel positieve effecten hebben ('vlucht uit de realiteit') als negatieve. Bij deze negatieve effecten kan een overdosis, al dan niet met dodelijke afloop, gecategoriseerd worden als het plegen van geweld op zichzelf. De problematiek van een overdosis in de gevangenis wordt echter verder besproken.⁹⁸

Geweld tussen gebruikers in een penitentiaire setting vertoont veel gelijkenissen met het geweld dat ook in de buitenwereld wordt vastgesteld tussen gemarginaliseerde, problematische gebruikers. Conflicten rond het delen van producten, diefstal van drugs, eisend gedrag om mee te mogen gebruiken, ... zijn aspecten die aanleiding kunnen geven tot onderlinge agressie. Door de (ex)gedetineerden wordt aangegeven dat dergelijke conflicten in detentie wel op grotere schaal en met meer betrokken individuen gebeuren dan in de buitenwereld. Het variërend en dus soms moeilijker bereikbaar aanbod van producten in de gevangenis heeft blijkbaar een directe impact op dit onderling geweld.

'G.: Altijd dezelfde kloterij. Buiten de gevangenis zijn ze zoals broers, en binnen is het gelijk kat en hond.'

Een ander aandachtspunt betreft gebruikers die in detentie een reden vinden om hun gebruik stop te zetten. De antwoorden van enkele respondenten (4 meldingen bij gedetineerden) suggereren dat drukkingsmiddelen gebruikt worden om hen toch te laten gebruiken. Peer druk is hierbij een belangrijk criterium. Het heeft hier dan vooral betrekking op gebruik van producten zoals heroïne en cocaïne.

4.3.3.2 Geweld door gebruikers t.o.v. niet-gebruikers en omgekeerd

Eén van de meest problematische vormen van geweld heeft betrekking op de dwangmiddelen die gebruikers leggen op niet-gebruikers (vooral in celverband). Deze dwangmiddelen kunnen variëren van chantage over verbaal geweld tot fysieke bedreigingen en slagen. De achterliggende doelstelling is steeds het verkrijgen van een 'solidariteitsgevoel', met name 'samen gebruiken = samen zwijgen'. Dit betekent een reëel risico tot initiatie in druggebruik, niet iedereen kan immers weerstaan aan deze drukkingsmiddelen.

'G.: Er waren er bij die zich daarmee niet mee wilden bezig houden, maar die werden dan zo onder druk gezet, dat die niet veel keuze hadden...'

Zelfs wanneer een niet-gebruiker niet aan de druk om mee te gebruiken wil bezwijken, blijven bedreigingen regelmatig bestaan uit angst voor verklikking, zelfs wanneer een aanvraag om van cel te veranderen wordt goedgekeurd. Wanneer verklikking toch zou gebeuren en men kan de informant identificeren dan zijn afrekeningen niet uitgesloten behalve wanneer de informant bescherming krijgt (meestal dan onder de vorm van een transfer naar een andere inrichting).

⁹⁸ zie hoofdstuk 6 : 6.2.2.4. overdosis.

‘G.: ...ja, als we klikken worden we ‘geript’. ’t Is survival of the fittest.’

‘G.: Als je in zo’n cel terechtkomt, dan is er maar één ding. Zwijgen gelijk een graf of er worden messen tegen U getrokken.’

Het feit dat geen enkele van de gebruikers antwoordde ooit gechanteerd te zijn omwille van hun gebruik door niet-gebruikende gedetineerden geeft duiding over de effectiviteit van de dwangmiddelen.

Andere vormen van geweld die door niet gebruikers gemeld werden zijn diefstal en het onder druk zetten om medicatie af te geven.

4.3.3.3 Geweld gelieerd aan drughandel en drugschulden

Geweld dat te maken heeft met betalingsmoeilijkheden bij drugschulden wordt, samen met geweld ten gevolge van drughandel, door bijna alle respondenten aangehaald als de belangrijkste factor. (24 op 29 gedetineerden, 7 op 10 medisch personeel, 8 op 10 bewaarders). We mogen daarbij echter niet vergeten dat de handel ook betrekking kan hebben op andere objecten dan drugs en dat dit eveneens aanleiding kan geven tot geweld.

Wat betreft de drughandel werd vastgesteld dat georganiseerde netwerken het meest voorkomend zijn in strafinrichtingen waar gedetineerden langduriger verblijven. Bij meer georganiseerde netwerken werden verschillende verschijningsvormen van geweld reeds in de marge aangehaald (zoals afrekeningen, rekrutering in de handel, enz.).

Ofschoon de respondenten ook het bestaan van drughandel signaleren in huizen van arrest gebeurt dit eerder via individuele gedetineerden die middelen binnensmokkelen. Wanneer op individuele basis drughandel gebeurt kan de betrokken gedetineerde bloot gesteld worden aan vormen van geweld die reeds vermeld werden (zoals diefstal, chantage, drugs delen, enz.).

Eén van de grootste risico’s die drughandel genereert is de chantage die op gedetineerden en hun directe omgeving weegt. Dit heeft dan vooral betrekking op verlof en bezoeksregelingen.

Heel wat respondenten melden dat er grote druk wordt uitgeoefend om na een penitentiair verlof drugs binnen te brengen. Dit gebeurt zowel naar gebruikende als niet-gebruikende gedetineerden, en gebeurt niet alleen bij gedetineerden met drugschulden. We moeten hierbij opmerken dat vooral gedetineerden met een veroordeling voor zedendelicten voorwerp uitmaken van dergelijke druk. Deelnemen aan het vervoeren van drugs kan soms een manier zijn om te betalen voor bescherming. Binnen hetzelfde gedachtengoed worden regelmatig gedetineerden, die als ‘bediener’ werken of een sleutel post hebben, gesolliciteerd om ‘dienstverlening’ te geven die gelieerd is aan het circuleren van drugs in de gevangenis.

‘G.: ...toen heb ik dat twee keer beperkt, de derde keer hebben ze mij echt zwaar aangepakt. Dat ik moest en zou meebrengen voor mensen. En toen ben ik voor dat ik op verlof vertrok naar de directeur gegaan en heb ik dat verteld. Met de vraag, van als ik terug binnen kom, mag U mij controleren op alles, maar ik wil absoluut van U zwart op wit op papier hebben dat ik op een andere vleugel terechtkom. Want anders...’

Deze chantage gebeurt eveneens naar de directe omgeving zoals familie en vrienden van gedetineerden. In deze situaties wordt druk uitgeoefend om drugs mee te brengen naar het bezoek. Familie van gedetineerden met drugschulden lopen meer risico op dergelijke bedreigingen maar dat is niet exclusief.

Sommige gedetineerden komen terecht in een echte schuldenpiraal. Zij gaan leningen aan bij andere gedetineerden, verschuiven hun schulden en lopen uiteindelijk nog een groter risico op de hierboven vermelde vormen van geweld.

Nog anderen proberen dit geweld te vermijden door bescherming aan te vragen bij het personeel, o.a. via een systeem van transfers. Mogelijke consequenties zijn dat ze hierdoor in een isolement geraken (vb. verlies werkmogelijkheden, de cel niet uitdurven, individuele wandeling,...) wat weinig bevorderlijk is voor hun mentale weerbaarheid : sommige gedetineerden durven hun cel niet meer verlaten, zij verliezen aldus elke mogelijkheid om te werken en nemen niet meer deel aan de wandeling op de binnenplaats.

Het geweld t.o.v. gedetineerden met drugschulden kan verschillende vormen aannemen.

- Bedreigingen en afrekeningen met fysiek geweld.

‘G.: ...ja, dat waren dus knokploegen. En die knokploegen werden betaald met drugs. Als er een afrekening was, dan gaven ze voor vijfhonderd frank drugs aan iemand en die zorgde er dan wel voor dat het karweitje werd opgeknapt...’

‘G.: ...dat ging van een ‘timmer’ tegen uw kaken tot ... tot zover ze het wilden hebben.’

- Druk aan de debiteur om de schulden af te betalen door te participeren in de drughandel. Dit verhoogt voor het individu het risico van detectie en sancties en betekent ook dat de netwerken van drughandel in de gevangenis verbreden.
- Chantage op de schuldenaar door bedreiging van derden buiten de gevangenis zoals familie, partner, ... Het onder dwang zetten van deze derden om drugs mee te brengen tijdens het bezoek wordt door een aantal respondenten vermeld. In strafinrichtingen waar netwerken van drughandel een meer georganiseerd karakter hebben wordt deze problematiek trouwens meer vermeld.

‘G. : ... ik heb geweten dat de moeder van die jongen gedwongen werd van dit of dat mee te brengen naar de gevangenis, omdat er anders maatregelen tegen haar zoon zouden getroffen worden...’

- In uitzonderlijke gevallen werd melding gemaakt van seksueel geweld en (al dan niet gedwongen) prostitutie als manier om de schulden af te lossen. De extra gezondheidsrisico's op besmetting met HIV/aids, hepatitis en andere SOA's is in deze gevallen evident.

4.3.3.4 Geweld tussen gebruikers en het personeel

Geweld tussen gedetineerde druggebruikers en personeel kan verschillende vormen aannemen.⁹⁹

Gedragsstoornissen tengevolge van onthoudingsverschijnselen van cocaïne, amfetamines en - in mindere mate - heroïne kunnen een agressief karakter hebben. Dit wordt dan soms geuit t.o.v. bewaarders, medici en verpleegkundigen. Ofschoon deze problematiek zich meer voordoet in huizen van arrest, meer bepaald in het begin van de detentie, wordt deze problematiek ook uitzonderlijk gemeld in strafinrichtingen. De reden daarvoor kan gezocht worden in onthouding nadat één van deze producten voor een tijd in voldoende mate aanwezig was en gebruikt werd.

Waar in het verleden vooral zogenaamde 'downers' (opiaten, benzodiazepines, slaapmiddelen, cannabisproducten) de grootste populariteit hadden als 'gevangenisdrug' wordt vastgesteld dat ook 'uppers' (amfetamines, cocaïne,) meer en meer in de penitentiaire setting aanwezig zijn. 'Opgefokt' gedrag met agressieve repercussies kunnen het gevolg zijn, ook naar personeel toe.

'B.: Als ze een paar jaar geleden alleen wat joints smoorden, dat was nog o.k. Daar zijn ze ook kalm mee. Maar de laatste jaren zijn er van die drugs waar mensen agressief van worden. De veiligheid wordt dan ook bedreigd omdat je dan met mensen te maken hebt, ja ...dat is eigenlijk wel één van mijn grootste punten.'

Meestal heeft deze agressie van gedetineerden t.o.v. het personeel een verbaal karakter. Vooral eisend gedrag naar medicatie wordt door de respondenten regelmatig gemeld.

Agressiviteit en verstoring van het leefklimaat op de sectie kunnen zich ook voordoen na detectie van producten. Het vooruitzicht van gebruik wordt plots ongedaan gemaakt met acting out gedrag als gevolg.

Een aantal antwoorden van (ex)gedetineerden duiden op wat we kunnen omschrijven als 'psychisch' of 'mentaal' geweld, waarbij ze de indruk hebben dat druggebruikers meer geïsoleerd worden dan niet-gebruikers. Het gaat hier dan vooral om misbruik van de machtspositie van het personeel naar gedetineerden, zoals het niet reageren op rapportbriefjes, moeilijkheden geven bij de aanvraag van gunsten (zoals werkmogelijkheden, opleidingen, ...).

In de antwoorden werden geen duidelijke indicaties gevonden rond chantage van bewaarders die betrokken zijn in de drughandel. Dit onderwerp baadt duidelijk in een taboesfeer, al werd in één antwoord wel gesuggereerd ('van horen zeggen') dat dergelijke praktijken gebeuren in strafinrichtingen waar de drughandel gecontroleerd wordt door netwerken van 'georganiseerde misdaad'. Individuele gevallen werden niet gecommuniceerd naar de interviewers.

⁹⁹ Een artikel levert bewijs van de omstandigheden die leiden tot geweld van gedetineerden (in het algemeen) t.o.v. bewaarders evenals de socio-demografische en strafrechterlijke karakteristieken van gedetineerden die betrokken zijn bij deze incidenten; GUILLONNEAU, M., KENEY, A.; *"Les agressions des détenus envers les surveillants" in Prisons et société, Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, , 1998, nr. 31, pp. 171-181.*

4.4 BESLUIT

In wat voorafgaat werd aangetoond wat de twee belangrijkste modaliteiten zijn van de organisatie van de drughandel in de gevangenis, evenals de moeilijkheden t.g.v. drugschulden waaraan sommige gedetineerden onderhevig zijn. Drughandel en drugschulden zijn factoren die een negatieve invloed hebben op de fysieke en/of psychische toestand van de gedetineerden, want zij gaan vaak gepaard met fysiek en verbaal geweld, seksueel geweld en (gedwongen) prostitutie, met druk om producten binnen te smokkelen, enz. Dit dwingt sommige gedetineerden in een isolement (wat hun mentale weerstand nog vermindert). Hoewel dit besluit betrekking heeft op een studie m.b.t. drugs, dient benadrukt te worden dat binnen de strafinrichtingen naast drugs nog tal van andere producten verhandeld worden.

Globaal kan gesteld worden dat het onmogelijk is om de aanwezigheid van drugs in de gevangenis uit te roeien. Het nastreven van dat doel zou gebeuren ten koste van de openheid van de gevangenis naar de maatschappij en ten koste van de detentievoorwaarden.

Naast het gebruik van cannabis, dat een zekere tolerantie geniet, vinden we ook heroïne, benzodiazepines, cocaïne, speed, ecstasy, en allerlei geneesmiddelen (die soms voorgeschreven kunnen zijn door de medische dienst maar die werden verduisterd). In feite zijn de bewaarders niet zozeer bezorgd om het druggebruik, dan wel om de gedragsstoornissen (agressiviteit) die in dit verband kunnen optreden bij het niet ter beschikking zijn van bepaalde substanties. Ook stellen ze zich, zoals de meeste actoren, vragen bij de plaats van druggebruikers in de gevangenis.

Als de relaties tussen gedetineerden en bewaarders het gevolg zijn van 'onderhandelingen', dan worden de relaties tussen de gedetineerden zelf gedomineerd door wantrouwen en solidariteit, naargelang de subgroep waartoe ze behoren. Inderdaad, de streek van afkomst, de etnische origine, het feit of men druggebruiker is of niet, en de aard van de gebruikte substanties zijn factoren die een invloed zullen hebben op de relaties die de gedetineerden met mekaar aangaan. Gesteld in termen van gezondheidsrisico's kunnen we nog wijzen op de druk die enerzijds wordt uitgeoefend op gevangenen die willen afkicken om toch maar verder drugs te gebruiken, en anderzijds, de druk die bestaat om niet-gebruikers die de cel delen met gebruikers, solidair te doen zijn in het druggebruik.

5 HET PENITENTIAIR BELEID

5.1 INLEIDING

In het recent gepubliceerd Jaarverslag 1998 kondigt het Directoraat-generaal Strafinrichtingen de uitwerking aan van een "actieplan" waarvan de toepassing werd toevertrouwd aan een centrale stuurgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van de Psychosociale Dienst, de Medische Dienst, de dienst Individuele gevallen, de dienst voor het Strafrechterlijk Beleid en de gevangenisdirectie¹⁰⁰. De idee van een "sturing" van de drugproblematiek in de gevangenis dateert nochtans reeds van 1995 en geeft gevolg aan het actieplan van de regering i.v.m. de drugproblematiek. De structuur werd opgebouwd vanuit een tamelijk vage politieke vraag die gekenmerkt werd door de afwezigheid van enige probleemstelling en door een bevestiging van de vanzelfsprekendheid van het "probleem" van het druggebruik in de gevangenis.

In een eerste fase heeft de centrale stuurgroep zeer algemene richtlijnen verstrekt aan alle penitentiaire inrichtingen. Het ging op dat ogenblik om de vorming van een lokale stuurgroep, in samenwerking met de gespecialiseerde aanverwante sector, met de bedoeling een project uit te werken in verband met druggebruik. Sommige lokale stuurgroepen hebben alleen "op papier" bestaan en de meeste van de anderen lijken momenteel hun activiteiten gestaakt te hebben en dit om verscheidene redenen zoals het gebrek aan richtlijnen vanwege de centrale administratie of omwille van het feit dat de groep zijn doel had bereikt (voornamelijk de vorming van de bewaarders).

Na het neerleggen, in oktober 1997, van de besluiten van de voorbereidende universitaire studies, die de stuurgroep mee begeleid had, schijnt deze laatste zijn activiteiten te hebben stopgezet. De stuurgroep hernam zijn activiteiten in maart 1998, maar dan op basis van een nieuwe samenstelling: in aanwezigheid van de Dienst voor Strafrechterlijk beleid en in afwezigheid van externe specialisten die aanvankelijk aan de debatten hadden deelgenomen. De centrale stuurgroep bereidt op dit ogenblik een voorstel tot omzendbrief uit, dat bestaat uit een repressief luik, een psychosociaal luik en een medisch luik.

Bij het bekijken van het werk van de centrale stuurgroep wekt het verbazing dat in het Jaarverslag 1998 te lezen staat dat "het druggebruik binnen de gevangenis een probleem is"¹⁰¹, hetgeen een effect teweegbrengt dat helemaal tegengesteld is aan dat wat de stuurgroep beoogde, met name "het behoud van een deductieve redenering die drugs beschouwt als het probleem van het gevangenisleven en die dus de werkelijke inzet van de straf ontkent of verhult".¹⁰² Inderdaad, één van de belangrijkste bijdragen van het werk van de centrale stuurgroep bestaat in de vaststelling dat het doel van het gevangenisbeheer ertoe leidt het drug"probleem" in de strafinrichtingen te relativeren, en te bevestigen dat "indien dat probleem

¹⁰⁰ Directoraat-generaal Strafinrichtingen Jaarverslag 1998, pag . 29 ; voor een analyse van deze groep en de lokale stuurgroepen , cfr. ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr.; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 14-30.

¹⁰¹ *Jaarverslag 1998*, Directoraat-generaal Strafinrichtingen, Ministerie van Justitie, p. 218-220, 1999, p. 29.

¹⁰² LEBRUN, V. ; « Document de travail. Objet : Réflexions au départ du projet de circulaire relative à la politique pénitentiaire en matière de drogue »,

al bestaat, het te beheren is als elk ander probleem dat het gevangenisleven al dan niet zou verstoren”¹⁰³ Deze fundamentele stellingname impliceert juist een breuk met de lineaire redenering die erin bestaat om te bevestigen dat drugs een probleem zijn dat als dusdanig om een specifieke antwoord vraagt. Die stellingname heeft de stuurgroep ertoe gebracht “om van de verdovende middelen niet het probleem nummer 1 van de gevangenis te maken, probleem dat systematisch acties zou uitlokken”, en om te bevestigen “dat het door middel van het regime is --regime dat zich moet richten op de sociale reïntegratie van de gedetineerde-- dat de problematiek van het gebruik van verdovende middelen op een passende manier kan worden aangepakt. Het is dus in het penitentiair beleid dat men moet investeren, en elke nadere omschrijving (het regime, de sancties, het detentieplan,...) moet worden vermeden”¹⁰⁴

Aldus beschouwd, lijkt de centrale stuurgroep in het leven geroepen te zijn als de plaats waar men nadenkt over de gevangenis en haar werkmethodes, waarbij drugs in de gevangenis slechts als springplank en blikopener dienen. Het ontwerp van omzendbrief dat de stuurgroep heeft uitgewerkt (en waarvan we sommige elementen zullen hernemen in de hiernavolgende ruimere tekst) kadert dus in een breder perspectief dan de benadering van de elementen “drugs” en “gevangenis”: de stuurgroep heeft geprobeerd om “niet zozeer een catalogus te schrijven van acties die men moet ondernemen in verband met het drugprobleem, dan wel om de lijnen van een penitentiair beleid bloot te leggen die als leidraad zouden kunnen dienen voor het omgaan met de dagelijkse realiteit van het gevangenisleven. Het past om in het raam van de voorstelling van die richtlijnen, hieraan toe te voegen dat, indien het werkelijk [de] bekommernis [van die groep] is om aan strafbeheer te doen, het geenszins de bedoeling is om de verscheidene medespelers en beslissers te ontslaan van enig denkwerk over de algemene efficiëntie van de straf. Inderdaad, in geen enkel geval kan de gevangenis (die meerdere en soms tegenstrijdige doelstellingen moet realiseren) de druggebruikers eenzelfde behandeling garanderen als die welke zij zouden krijgen in diensten die daarin gespecialiseerd zijn buiten de gevangenis. Het is dus van kapitaal belang dat, naast het uitwerken van een progressief beleid, de echte wil zou bestaan om het strafbeleid ten opzichte van druggebruikers, zoals overigens ten opzichte van andere delinquenten, bij te sturen”¹⁰⁵.

In zijn Federaal veiligheids- en detentieplan van januari 2000 plaatst de Minister van Justitie de herstelgedachte op de voorgrond¹⁰⁶. Als die idee impliceert dat men de betrokken partijen (slachtoffer, dader, maatschappij) zou moeten in staat stellen “om de verstoorte relatie tussen hen te herstellen”¹⁰⁷, dan gaat het meteen ook over “een schadebeperking op het niveau van de detentie”¹⁰⁸ —principe dat wordt geconcretiseerd in het project dat door de commissie Dupont¹⁰⁹

¹⁰³ Idem.

¹⁰⁴ Idem.

¹⁰⁵ Idem, uittreksels uit de voorstellen voor de inleidende tekst.

¹⁰⁶ We vermelden dat in dit verband een onderzoek werd uitgevoerd (het actie-onderzoek is nog lopende) m.b.t. de mogelijkheden om herstelactiviteiten te ontwikkelen in het kader van de strafuitvoering van de vrijheidsberoving. Zie hiervoor PETERS, T., SNACKEN, S., KELLENS, G., DE CONINCK, G., DE JAEGHER, K., LAUWAERT, K., MAES, E., STASSART, E., TUBEX, H., VERHOEVEN, H., « Bouwstenen voor een coherent herstel- en slachtoffergericht justitiebeleid », in VAN DONINCK, B., VAN DAELE, L., NAJI, A. (dir.), Het recht op het rechte pad ?, Antwerpen –Apeldoorn/Louvain-la-Neuve, Maklu/Academia-Bruylant, 1999, pp. 117-163, spec. pp. 140-155.

¹⁰⁷ Federaal veiligheids – en detentieplan, januari 2000, 9. Het detentieplan. 1. Probleemstelling.

¹⁰⁸ Federaal veiligheids – en detentieplan, januari 2000, 9. Het detentieplan. 1. Probleemstelling.

wordt uitgewerkt— alsook door een “cultuur van respect”. Volgens dat laatste begrip past het om de daders van misdrijven te respecteren als mens en burger als men wil dat zij zelf respect opbrengen voor de maatschappij en voor hun slachtoffers en dat “dit respect zou moeten blijken uit de manier waarop de detentie wordt ingevuld”¹¹⁰. Het plan kondigt ook een nota “Penitentiair drugsbeleid” aan, zonder nochtans iets te zeggen over de inhoud van die nota. Vervolgens drukt het een principiële stellingname uit, zonder dat het principe verder ontwikkeld wordt: “Het is noodzakelijk gebleken om de penitentiaire actie ter zake te stroomlijnen. Het is ons streven om het intramuraal druggebruik in redelijke mate te beheersen en te beperken. En wij willen vooral voorkomen dat zowel aan gebruikers als niet-gebruikers door een aanbod van verdovende middelen onnodige detentieschade wordt berokkend”.¹¹¹

In dit deel geven we een overzicht van de verscheidene aspecten van de penitentiaire politiek (detectie en sancties, regime, vorming, medisch-psycho-sociale zorg) met name in verband met het druggebruik, teneinde die factoren in het licht te stellen die een risico betekenen voor de gezondheid van de gedetineerden. De aandacht die besteed wordt aan het luik “drugs” van de penitentiaire politiek hangt samen met het onderwerp van onze studie en met de grenzen van dit verslag; het omvat geen enkele specificatie vermits we ervan uitgaan dat het druggebruik moet beschouwd worden als één element tussen de andere in het verloop van de detentie. De globale tekst die hierna volgt komt voort uit de gegevens die verzameld werden in het kader van de pre-enquête, aangevuld door de gegevens die voorgesteld werden in de studie van de ULB en de UCL in 1997, en door literatuur die ter zake werd geraadpleegd.

¹⁰⁹ Naar aanleiding van verkregen informatie die substantiële aanpassingen zal geven op de tekst die uitgewerkt werd door L. Dupont, vermelden we deze hier enkel ter informatieve titel : DUPONT, L.; Essai d'avant-projet de loi de principes concernant l'Administration pénitentiaire et l'exécution de peines privatives de liberté, Louvain, 30 septembre 1997.

¹¹⁰ Federaal veiligheids – en detentieplan, januari 2000, 9. Het detentieplan. 1. Probleemstelling.

¹¹¹ *Ibid.*, pp. 275-276.

5.2 DE “STRIJD” TEGEN HET DRUGGEBRUIK

5.2.1 Inleiding

Vermits de kwestie van de controle centraal lijkt te staan voor de beleidsinstanties, gaan we eerst verduidelijken hoe de penitentiaire instellingen proberen te strijden tegen de aanwezigheid van drugs in de gevangenis.

De uiteenzetting die handelde over de organisatie van de handel en over de manieren waarop de producten de gevangenis binnenkomen¹¹² aangevuld door de inventaris van de detectiemiddelen, zal aantonen hoe zwak de greep van de penitentiaire actoren is op het drugaanbod. Nochtans bestaan er ook een zeker aantal methodes voor het identificeren van gebruikers, die helpen om de technieken voor de detectie van de producten zelf te verbeteren. Vervolgens zullen we een inventaris opstellen van sancties die *intra muros* gebruikt worden in geval van inbreuk. Dit overzicht zal enerzijds aantonen dat de sancties bij druggebruik niet-specifiek zijn en anderzijds dat de bewaarders over een “filtermacht” beschikken bij het toepassen van de sanctieprocedure; ook zal worden aangetoond dat de directeur beschikt over de discretionaire macht om de omvang van de uitgesproken sanctie te bepalen.

Vermits het geheel van deze beschouwingen reeds het voorwerp uitmaakte van lange uitweidingen in het universitaire verslag van 1997¹¹³, zal onze uiteenzetting vooral gericht zijn op de elementen die we bekwamen via interviews die werden afgenomen in het raam van de pre-enquête.

5.2.2 De Detectie

Het is nodig om hier twee detectiesystemen te onderscheiden: enerzijds het systeem tot detectie van het product, en anderzijds het systeem ter identificatie van gebruikers.

5.2.2.1 De technieken voor detectie van de producten

Met uitzondering van de controles die op geregelde tijdstippen door de ordediensten worden uitgevoerd in sommige gevangenissen, en die specifiek gericht zijn tegen drugs, behoren deze technieken tot de functies van de bewaarders, en hebben tot algemeen doel om de veiligheid en de ordehandhaving in de strafinstellingen te verzekeren: het gaat om *celonderzoek*, *onderzoek van de pakketten* en *lichaamsonderzoek*.

Over het algemeen komt in de interviews tot uiting dat *de doeltreffendheid* van deze technieken (d.w.z. het feit dat de voorgeschreven praktijk ook werkelijk in daden wordt omgezet) relatief zwak is. (>60% van de bewaarders). Inderdaad, het regelmatig fouilleren wordt niet systematisch toegepast en blijft over het algemeen erg summier. De factoren die worden

¹¹² Zie hiervoor 4.2. De Drughandel.

¹¹³ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr.; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 31-78.

ingeroepen om dit gebrek aan doeltreffendheid te rechtvaardigen staan in functie van de noodzaak om een goede relatie te onderhouden met de gedetineerden, maar is echter vooral te wijten aan het personeelsgebrek en dus het gebrek aan de tijd die aan dit opzoeken kan worden besteed; de prioriteit wordt aan andere taken verleend.

'B.: Celcontrole. Maar dat gebeurt minder en minder door personeelstekort.'

'B.: Dagelijks wordt er een cel uitgekozen en die wordt dan, in theorie, grondig geïnspecteerd. Maar ja, tijdgebrek. En fouilles na bezoek. '

'B.: Voor sommige van die gasten is dat een spel, zoals kat en muis. Die weten dat we niet kunnen blijven zoeken.'

'B.: We leven samen met hen en ze maken het ons heel moeilijk als we overactief zoeken'.

Overigens is het nodig om te benadrukken dat *de doeltreffendheid* van deze detectietechnieken (d.w.z. de resultaten die van een praktijk worden verwacht) eveneens zwak zijn, vermits weinig of geen producten worden ontdekt. Die vaststelling is enerzijds te wijten aan het feit dat het zoeken naar drugs niet steeds de eerste bedoeling is van zulke maatregel, en anderzijds omdat de gedetineerden, wiens verbeelding om te ontsnappen aan detectie zogenaamd eindeloos is, anti-strategieën hebben ontwikkeld.

'B.: Dagelijkse celfouille. Lichaamsfouille na het bezoek. Maar ja, zij hebben 24 uur de tijd om na te denken waar ze het gaan steken en wij hebben dan een half uurtje om het te vinden.'

'B.: We hebben hier een metaaldetector, dat is niet hetzelfde als een drugdetector.'

Voor wat de lichaamsonderzoeken betreft bestaat één van de anti-strategieën van de gedetineerden erin om de drugs te verbergen in hun intieme lichaamsdelen, of ze zelfs in te slikken, wat een risico betekent voor de gezondheid van de gedetineerde.

Tenslotte lijkt ook *de efficiëntie* zwak (het verband tussen kosten en baten) vermits de positieve gevolgen weinig belangrijk zijn (weinig producten worden ontdekt) in vergelijking met de relatief hoge kosten (nodige tijd, mogelijke relationele spanningen, ondankbare taak). In dit opzicht dient opgemerkt dat de 'naaktfouilles' door de overgrote meerderheid van de bevroegde personen (zowel bewaarders als gedetineerden) ernstig in vraag wordt gesteld omwille van hun vernederend karakter voor alle betrokken personen.

5.2.2.2 Identificatie van druggebruikers

Rekening houdend met wat voorafging lijkt het voor de bewaarders veel rendabeler om een detectietechniek toe te passen na vooraf verkregen informatie, die kan bestaan uit een verdenking of uit het verkrijgen van een "tip".

Eerst en vooral werd gesteld dat de ervaring van de bewaarders in *het observeren van gedetineerden*, zowel individueel als in subgroepen, een manier is om druggebruikers of soms dealers te herkennen, waarbij de dealers eventueel onderworpen kunnen worden aan speciale bewaking.

'B.: Als ze shit roken kunnen we dat natuurlijk ruiken.'

'B.: Celcontrole op basis van vermoedens. Als je hier een tijd werkt, weet je wel ongeveer wie gebruikt en wie niet. Je ziet wel meestal aan de gezichten wie er gebruikt en wie niet. En natuurlijk die dat veel geld hebben, die zich sterk voelen in de groep. Die zijn dat alleen maar omdat ze iets hebben dat de anderen niet hebben. Zo een shitboel is het.'

Aan de andere kant en los van het feit dat *sommige documenten* melden dat een gedetineerde een inbreuk heeft begaan op de wet op de verdovende middelen (aanhoudingsmandaat, gevangenisdossier) gebeurt het dat sommige *gedetineerden zelf verklaren* aan het personeel dat ze druggebruiker zijn. Het zou hier meestal over problematische druggebruikers gaan.

'G.: Ik heb zelf gezegd dat ik een junk was. Ze zouden het vroeg of laat toch weten. Ik dacht als ik het zelf zeg, hebben ze dat liever.'

De gesprekken die werden gevoerd onthullen ook dat bewaarders een beroep doen op *informanten* om inlichtingen te bekomen die toelaten deze controlestrategieën te sturen. Volgens sommigen (3 respondenten) zou die informatiebron slechts marginaal zijn omwille van het ontradingseffect van de hevige represailles die de "verklikkers" te wachten staan; sommigen hebben daarbij beschermingsmaatregelen nodig, zoals bijvoorbeeld een overplaatsing.

Sommige bewaarders (4 respondenten) melden dat het verklikkersysteem bestaat en goed werkt, en dat het zelfs een manier kan zijn voor afrekeningen tussen gedetineerden onderling.

'B.: Soms wordt het gebruikt tegen een gebruiker door zijn kameraden; omwille van slecht spul; of omdat hij te duur verkoopt of zich niet aan de afspraken houdt.'

Er worden trouwens twijfels geuit over de kwaliteit van de informatie die op deze manier vergaard worden en sommige bewaarders (3 meldingen) hoeden zich voor de beweringen van de gedetineerden, want die zouden wel eens strategisch bedoeld kunnen zijn: ze zouden namelijk wetens en willens, het onderzoek in een verkeerde richting kunnen sturen met de bedoeling om de aandacht van de bewaarders af te leiden om zo een afleidingsmanoeuvre te doen ontstaan, of om zelf een handeltje uit te bouwen.

Tenslotte zal de techniek van *het urineonderzoek* onze aandacht vergen.

Met betrekking tot het gebruik, in de gevangenis, van urinetests als repressieve maatregel, dient men te weten dat deze tests niet door de wet worden aanvaard als bewijsmiddel van een inbreuk, zodat geen enkele dwang kan worden uitgeoefend op iemand om zich te onderwerpen aan dergelijke test. In het licht van dit principe past het de vraag te stellen naar de voorwaarden onder dewelke een gedetineerde zijn toestemming geeft voor de test en de gevolgen die zijn weigering kan hebben. Inderdaad, aan de ene kant kan men moeilijk gewagen van een vrije en geïnformeerde toestemming in een gevangenissetting, en anderzijds zal de gedetineerde die weigert over het algemeen worden beschouwd als positief en/of zal hij informele sancties ondergaan vanwege de bewaarders.

'G.: mensen worden gedwongen tot urinetesten. Gedwongen urinetesten, als ze het mij vroegen, ik weigerde dat gewoon. Omdat ik vind dat iemand anders niet het recht heeft om te weten wat ik privé doe. Wat zal het anders morgen zijn ... mijn stront onderzoeken of wat...'

Sommige (ex)gedetineerden antwoorden dat het weigeren om een urinetest te ondergaan kan ressorteren in niet-officiële sancties.

‘G.: ...als ge weigert denken ze dat ge iets gepakt hebt en ‘koeioneren’ ze je ... met privileges af te pakken en zo...’

In België verschilt het gebruik van de urinetest sterk van de ene gevangenis tot de andere. Sommige directies hebben zich verzet tegen het afnemen van urinetests in een repressief kader, terwijl anderen die methode op regelmatige tijdstippen of systematisch hebben gebruikt, tenminste als de administratie hen een specifiek budget toekende. Sinds het bestaan van een specifiek budget voor de medische dienst¹¹⁴, hebben sommige directies die praktijk laten varen want ze kunnen de kosten van de tests niet meer aanrekenen aan de medische enveloppe, terwijl anderen beslist hebben om een deel van hun budget te besteden aan de financiering van de urinetests.

Men moet weten dat de betrouwbaarheid van de gebruikte analysemethodes soms in vraag wordt gesteld (vals positief en vals negatief) maar vooral dat de praktijk van urinetests in de gevangenis weer antistrategieën doet ontstaan vanwege de gedetineerden, zoals de handel in “zuivere” urine, en dat er ook perverse gevolgen zijn. Die gevolgen werden met name aan het licht gebracht door onderzoeken¹¹⁵ die werden uitgevoerd in de gevangenis van het Verenigd Koninkrijk waar verplichte urinetests (Mandatory Drug Testing - MDT) op de gedetineerden worden toegepast op een gerandomiseerde wijze, en dat met een hoog financieel kostenplaatje. Een positief resultaat betekent er een automatische verlenging van de straf.

Voor wat de impact van MDT op het druggebruik betreft, doet het aandeel van de negatieve tests uitschijnen dat sommige gedetineerden ertoe gebracht werden om te stoppen of hun gebruik te verminderen (van 42% naar 15% naargelang van de studie). De factoren die men geïdentificeerd heeft als oorzaak van die vermindering in de frequentie van druggebruik, vooral bij de gebruikers van cannabis, zijn: het berekenen van het risico om aan de beurt te zijn en positief bevonden te worden, en eveneens het sanctierisico. Andere beschouwingen worden eveneens aangehaald, zoals de hoop om bepaalde gunsten en voorrechten te verkrijgen.

Nochtans hebben die MDT een pervers resultaat: ze brengen de gedetineerden ertoe om drugs te gebruiken die minder lang in de urine opspoorbaar zijn¹¹⁶. Zo toont een studie aan dat 7,6% van de ondervraagde gedetineerden van het cannabisgebruik hebben overgeschakeld naar heroïne, en dat anderen met heroïne hebben geëxperimenteerd (4,4%).

Op het vlak van gezondheidsrisico's kan dan ook de vraag gesteld wat het minste schade berokkent: een vermindering van het cannabisgebruik in een penitentiaire setting en een

¹¹⁴ Zie verder : Hoofdstuk 5 : 5.4.3.1. De medische dienst

¹¹⁵ KIMMETT, E., O'DONNELL, I.; *Mandatory drug testing in prisons. The relationship between MDT and the level and the nature of drug misuse*, Centre for criminological research, University of Oxford, London, Home Office, 1998 ; MAC DONALD, M.; *Mandatory drug testing in prisons*, Birmingham, Centre for research into quality and the Department of sociology, University of Central England, 1997 ; England and Wales Report, Group of experts in epidemiology of drug problems – drug use by prisoners, Rapport voor de ‘Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group)’, Straatsburg, september 1999.

¹¹⁶ De resultaten van urineanalyses blijven langer positief voor cannabisderivaten dan voor opiaten en cocaïne (in functie van de gebruikte testen, kan deze tijdsduur tot ongeveer een week of zelfs langer zijn voor cannabis, t.o.v. drie dagen voor heroïne en cocaïne).

verhoging van het heroïnegebruik met inherent nieuwe gebruikers enerzijds of een stabiel cannabisgebruik en een verminderd risico op heroïnegebruik anderzijds.

Overigens heeft het gebruik van urinetests een negatieve invloed op het algemeen klimaat in de penitentiaire instelling: verhoogde spanning in de gevangenis, verhoogde frustratie en wrok tegenover het personeel. Een studie in verband met de praktijk van urinetests in de Zweedse gevangenissen heeft onder meer twee variabelen geïdentificeerd die bepalend zijn voor de verslechtering van de sfeer in de gevangenis, met name de frequentie van het gebruik van urineanalyses en het type personeel dat met de toepassing van de techniek wordt belast (bewaarders of verpleegkundigen)¹¹⁷.

Op een ander vlak, met name dat van de zorgverstrekking, verklaren enkele van de geïnterviewden (4 meldingen bij het medisch personeel) dat urinetests hun nut kunnen hebben in een therapeutisch kader.

‘M.: Ik denk dat die urinetesten enkel passen in een volledig therapeutisch kader. Gesprekken met psychologen, ...met iedereen. Gewoon testen om te testen, en als je er niets mee doet naar het regime toe –we hebben het al gezegd, we hebben hier geen apart regime; je kunt ze niet belonen, je kunt ze niet bestraffen omdat er niets voorzien is- dan heeft het eigenlijk geen zin...’

Urinetesten als een onderdeel van een contract tussen een gebruiker en de gevangenis in een specifiek drugsvrij regime kunnen eventueel hun nut hebben, op voorwaarde dat er een aangepaste personeelsomkadering is waarbij de controles niet alleen gebruikt worden vanuit een repressief detectiekader en wanneer dit gebeurt met ‘informed consent’ van de gedetineerde.

5.2.3 De Sancties

Voor wat de problematiek van de sancties betreft gaan we nu een inventaris opstellen van de sancties die kunnen uitgesproken worden tegenover druggebruikers en/of dealers, maar we willen meteen ook het “filtreerproces” voorstellen, d.w.z. het proces waarbij de bewaarder evalueert of het al dan niet aangewezen is om een rapport op te stellen en om aldus de procedure in gang te zetten die zal uitmonden in een sanctie, die op haar beurt zelf afhankelijk is van de discretionaire macht van de directie.

5.2.3.1 Inventaris van sancties

De sancties, die overigens niet specifiek zijn voor het druggebruik of de drughandel, kunnen zich op drie manieren voordoen: de reglementaire sancties die worden uitgesproken door de directeur, de straffen die een invloed hebben op de strafuitvoering en de zogenaamde “informele” of niet-reglementaire sancties die door de bewaarders worden gehanteerd.

Bij de reglementaire sancties heeft men het plaatsen in de strafcel (het cachot), het plaatsen in strikt cel regime (SCR) dat gepaard gaat met het ontnemen van gunsten als werk of bezoek¹¹⁸,

¹¹⁷ LOUCKS, N. ; « La gestion de l'indiscipline : une étude comparative », in FAUGERON et al., *op.cit.*, pp. 316-317.

¹¹⁸ Art. 82 R.G.

de individuele wandeling, het bezoek achter glas,... Deze sancties verschillen van de ene gevangenis tot de andere en zijn afhankelijk van het oordeel van de directie over "de omstandigheden en de ernst van het geval".¹¹⁹

Voor wat de gevolgen op de uitvoering van de straf betreft kan er een weerslag zijn op het penitentiair verlot en de voorwaardelijke invrijheidsstelling, maar het kan ook een strafverlenging betekenen die te wijten is aan een nieuwe veroordeling in gevallen waar vervolgd wordt ingevolge een onderzoek door het parket of de rijkswacht, hetgeen echter niet systematisch gebeurt.

Tenslotte, als de bewaarders vaststellen dat hun melding van incidenten zonder gevolg blijft of dat de sancties als "te zwak" worden beoordeeld, dan beschikken ze over een hele reeks reacties om zelf de gedetineerden te straffen: het gaat hier om informele sancties¹²⁰ zoals bijvoorbeeld het vergeten te verwittigen van een gedetineerde voor een afspraak, zijn briefwisseling te laat bezorgen, zijn kantinebons verloren leggen, een extra douchebeurt weigeren, verboden voorwerpen in beslag nemen,...

Er moet opgemerkt worden dat ook wat betreft de sancties bijna alle respondenten (70% van de bewaarders) aangaven dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen gebruik en handel, ofschoon er evenveel twijfel bestaat in hoeverre men weet wanneer het over gebruikers of dealers gaat in een penitentiaire setting.

'B.: Dealers die worden harder aangepakt. Maar wanneer weet je dat het dealers zijn? De porties hier zijn altijd zo klein. Dat zit in groep.'

'B.: Dat gaat van de vermaning met het vingertje tot een week glasbezoek. Als het dealers zijn worden die serieuzer aangepakt en dan wordt het waarschijnlijk doorgegeven aan de rijkswacht.'

In tegenstelling tot de hierboven vermelde uitspraak van een bewaarder, staan getuigenissen van gedetineerden die indicaties geven dat gebruikers meer bloot gesteld worden aan sancties dan dealers.

'G.: Uiteindelijk denk ik dat een toxicomaan meer gesanctioneerd wordt dan een dealer. Een dealer zal bedreigingen uiten, of iets in die aard, en men gaat schrik hebben om hem nog meer te sanctioneren.

Vooraf in strafinrichtingen waar langdurige gestraften verblijven wordt melding gemaakt van meer georganiseerde piramidevormige netwerken van drughandel, waarbij de handelaars net als in de buitenwereld, buiten schot blijven. In dit verband moet eveneens opgemerkt worden dat de grote dealers, wanneer ze gekend zijn, over het algemeen niet het voorwerp uitmaken van disciplinaire rapporten maar eerder van informatierapporten door de bewaarders. Deze laatste zijn eerder terughoudend om dealers te sanctioneren uit schrik voor represailles

¹¹⁹ Art. 81 R.G.

¹²⁰ De bewaarders spelen als dusdanig « sur les dysfonctionnement habituels de la bureaucratie et sur la désorganisation ». « Dans chaque cas, le surveillant fera savoir au détenu que son action n'est pas accidentelle et que le détenu ennuyé ne pourra prouver que le surveillant l'a fait exprès » (CHAUVENET, A., ORLIC, B., BENGUIGUI, G., *Le personnel de surveillance de prisons, op.cit.*, p. 148).

enerzijds, of het feit dat de handelaars vaak grote 'caïds' zijn die een niet onbelangrijke rol spelen in de ordehandhaving op de sectie anderzijds.

5.2.3.2 De interventies van de bewaarders en de directies

Ook al valt de macht tot sanctioneren onder de bevoegdheid van de directeur, toch is de bewaarder de voornaamste actor die de beslissingsmacht heeft voor het in gang zetten van de procedure die al dan niet uitmondt in een disciplinaire sanctie, ja zelfs in een nieuwe gevangenisstraf. Op die manier is zijn filterfunctie belangrijk¹²¹.

Verscheidene elementen doen hen besluiten om voor de directeur al dan niet een "rapport op te stellen" over drugfeiten die ze elke dag vaststellen.

Vooreerst nog dit, we hebben gezien dat de bewaarder zich in een paradoxale situatie bevindt tegenover de gedetineerde. Hij wordt inderdaad heen en weer geslingerd tussen de eerbied voor het reglement en de bescherming van de functie van het gevangenisinstituut (de orde handhaven) en van het individu (het verdragen van de opsluitingvoorwaarden). Zo laten drugs, of juist gezegd de tolerantie tegenover druggebruik, de bewaarder toe om gebruik te maken van zijn eigen discretionaire macht en om aldus een leefbare relatie te onderhouden met de gedetineerde, en precies daardoor de orde in de instelling te bewaren. Daarbij bevestigt hij zijn gezag in de mate waarop hij druggebruik toelaat als een voorrecht, d.w.z. een voordeel dat wordt toegekend maar ook op elk ogenblik kan worden ingetrokken. Om het met de woorden van G. Lemire te zeggen: dit proces "past in het raam van een uitwisseling van goede gewoonten: beloningen en voordelen vanwege de bewaarders, medewerking vanwege de gedetineerden"¹²².

'B.: Van sancties worden de gedetineerden alleen maar lastiger. Ze verwachten dat het binnenkomt, ze kijken er naar uit. Ze hebben het misschien al aan iemand anders beloofd. Ze hebben niks meer om te pakken en dan worden ze alleen maar agressiever.'

'G.: Ze weten het over het algemeen dat er hier gebruikt wordt en ze tolereren dat ook. Anders zouden de mensen nog meer opgefokt zijn en dan zou er meer geweld zijn.'

De andere factoren die de beslissing van de bewaarder beïnvloeden zijn¹²³: de attitude die de directeur aanneemt tegenover het rapporteren van een incident, zijn eigen opvatting over het doel van het gevangenisbeleid, het beeld dat hij heeft over drugs en gebruikers, de omstandigheden van de inbreuk, de persoonlijkheid van de gedetineerde en zijn gevoeligheid daartegenover,...

Vandaar dat, afhankelijk van de strafinrichting, van de bewaarder en van de betrokken gedetineerde, de reacties tegenover druggebruik passen in een breed continuüm dat gaat van aanvaarding tot "zerotolerantie". Wanneer een bewaarder zich opstelt als de grote bestrijder van

¹²¹ We zullen zien, in het deel over behandeling, dat dit proces niet exclusief van toepassing is op het niveau van sancties maar eveneens m.b.t. de vraag van gedetineerden om medisch-psycho-sociaal personeel te zien.

¹²² LEMIRE, G. ; *Anatomie de la prison*, Paris/Montréal, Economica/Les Presses de l'Université de Montréal, 1990, p. 69.

¹²³ Voor meer details zie: ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 68-73.

het druggebruik, zullen de gedetineerden hiermede rekening houden en een nog meer "clandestien" karakter geven aan hun druggerelateerde activiteiten.

In het algemeen schijnt cannabisgebruik echter door veel bewaarders en directeurs getolereerd te worden. Deze stellingname lijkt gerechtvaardigd door het idee dat die drug slechts relatief gevaarlijk is en vergelijkbaar met wettelijk toegelaten drugs als alcohol of tabak, en door het feit dat dit soort gebruik "in de zeden is binnengedrongen".

Voor wat de directie van de instelling betreft, hebben we gezien dat hij beschikt over een discretionaire macht ten aanzien van de ernst van de disciplinaire straf die wordt uitgesproken, maar ook ten aanzien van informatie naar het parket toe en de gevolgen op verloven en voorwaardelijke in vrijheidsstelling.

'B.: Sancties hangen af van geval tot geval. En ten tweede hangt dat af van directeur tot directeur.'

'B.: Voor gebruik wordt hier niet meer gestraft. Ik vind dat spijtig. Je kunt een heel uur of langer zitten zoeken tot je iets vindt en dan wordt die niet gestraft. Ik heb het verschillende keren meegemaakt.'

'G.: Ja, je weet nooit waar je voor staat. En ergens is het heel onrechtvaardig dat die directeur beslist over alles wat kan reilen en zeilen binnen de vier muren. Dus als die vent vindt dat jij in isolatie moet voor zes maanden, dan ga je...'

Het verschil in reacties vanwege de directeurs, gekoppeld aan de afwezigheid van een juridisch statuut voor de gedetineerden¹²⁴ en hun recht op het indienen van een klacht, heeft tot gevolg dat er bij de gedetineerden een gevoel van onzekerheid wordt geschapen en een gevoel van onrechtvaardigheid en willekeur. Sommige gedetineerden spreken van "machtsmisbruik" en deze situatie kan een weerslag hebben op hun mentale weerbaarheid, wat zich kan uiten in een risicogedrag.

We hebben gezien dat bewaarders, als reactie op een houding van de directeur die als te laks wordt beschouwd, hun toevlucht kunnen nemen tot informele sancties. De gesprekken met sommige (ex)gedetineerden tonen aan dat zulke sancties kunnen gezien worden als "psychische mishandeling" als ze komen van bewaarders met een radicale "anti drughouding". Aan de andere kant, wanneer de sancties die door de directeur worden uitgesproken te zwaar zijn, creëren zij een negatieve invloed op het leefklimaat in de gevangenis, wat kan resulteren in een extra werkdruk voor de bewaarders.

¹²⁴ In zijn voorproject definieert L. Dupont het concrete en formele juridische statuut van gedetineerden. Het concrete juridische statuut betreft niet alleen het leven in een detentiemilieu (intern juridisch statuut) maar eveneens de duur, de onderbreking en de verschillende modaliteiten die eigen zijn aan de strafuitvoering evenals de mogelijkheden van de geanticipeerde vrijlating (externe juridische statuut). Het formele juridische statuut bekijkt de manier waarop de gedetineerde de rechten die hem op grond van een intern of extern juridisch statuut zijn toegekend, kan laten gelden, evenals de wijze waarop hij elke aantasting van bovenvernoemde rechten kan bestrijden. (DUPONT, L. ; *Traité sur un avant-projet de loi de principes concernant l'administration pénitentiaire et l'exécution des peines privatives de liberté*, Condensé, K.U.L., s.d., p.18). Zie in dit verband ook : Société belge de criminologie, *Position en droit et droit de plainte du détenu*, Journée d'étude du 16 février 1996, Bruxelles, La Charte, Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, 1997.

Tenslotte werd de effectiviteit van sancties of het arbitraire karakter ervan door meerdere respondenten (bijna 75% van de gedetineerden) in vraag gesteld.

'B.: Afzonderlijke wandeling of een aantal dagen niet op wandeling, maar dat helpt niet meer. Ik vind dat spijtig.'

'B.: Als je systematisch sancties geeft, in een rechte lijn, dan lukt dat.'

Uit de interviews blijkt ook dat sancties weinig impact hebben voor gedetineerden met een lange straf. Zelfs een mogelijke strafverlenging werd enkel op het einde van hun detentie een relevant criterium.

5.2.4 Besluit

Voor wat de opsporingstechnieken betreft (de verschillende vormen van fouilleren) en voor wat het identificeren betreft van druggebruikers (observatie, documenten, zelfidentificatie,...) – technieken die overigens niet specifiek zijn voor de drugproblematiek, met uitzondering van de acties die door de ordediensten worden georganiseerd, en met uitzondering ook van de urinetests zoals ze in sommige gevangenissen bestaan - kunnen we stellen dat de verschillende vormen van fouilleren gekenmerkt worden door een zwakke werkzaamheid, een zwakke doeltreffendheid en een zwak nuttig effect, daar waar de andere technieken toelaten om de detectie van producten te optimaliseren.

Voor wat de sancties betreft, die evenmin specifiek zijn voor drugs, zijn er drie soorten: de tuchtmaatregelen die worden uitgesproken door de directeur (celregime, ontnemen van gunsten,...), informele sancties die uitgaan van de bewaarders (intrekken van voorrechten,...) en de gevolgen voor de strafuitvoering (opschorten van verlof, tegenindicaties voor de voorwaardelijke invrijheidstelling, nieuwe veroordeling). Kenmerkend voor deze sancties is het feit dat ze verschillen naargelang van het geval en afhankelijk zijn van de houding van de bewaarders voor wat het opstellen van rapporten betreft, maar ook afhankelijk van het vrije oordeel van de directeur inzake de ernst van de straffen; dat alles plaatst de gedetineerden in een situatie van onzekerheid.

Naast die situatie van onzekerheid waarin men de gedetineerden plaatst op het vlak van de sancties die ze kunnen oplopen, zijn er nog andere factoren die een negatieve invloed kunnen hebben op de mentale gezondheid van de gedetineerden: de stress waarmee een mogelijke strafverlenging gepaard gaat, de verzwarende van de levensomstandigheden in de gevangenis wanneer gunsten worden ontnomen of informele sancties worden toegepast, het beleven van sancties als een vorm van "psychische kwelling". Globaal gesteld lijkt de kans op sancties slechts een zwakke invloed te hebben op het druggebruik door de gedetineerden, vooral bij hen die tot lange straffen zijn veroordeeld. Trouwens, twee risicofactoren voor de fysieke gezondheidstoestand van de gedetineerden werden geïdentificeerd: het gaat om twee anti-strategieën die door de gedetineerden werden ontwikkeld als antwoord op de detectietechnieken. Ten eerste gaat het om het inslikken van producten om ze te verbergen tijdens het lichaamsonderzoek, en ten tweede gaat het over het feit dat de urinetests, ook al kunnen die leiden tot een vermindering van het druggebruik (voornamelijk bij de cannabisgebruikers) de gedetineerden ertoe kunnen aanzetten om drugs te gebruiken die minder lang opspoorbaar zijn in de urine, zoals bijvoorbeeld heroïne.

5.3 HET REGIME

5.3.1 Inleiding

De kwestie van het regime verwijst naar de manier waarop de vrijheidsberoving wordt georganiseerd ten opzichte van de gedetineerden en, in het kader van deze studie, meer specifiek tegenover druggebruikers.

Als op het vlak van de ordehandhaving de vraag naar de inhoud van het toegepaste regime (ondanks de moeilijkheden die deze opvatting oproept) de kern zelf uitmaakt van het gedetineerdenbeheer¹²⁵, dan kan de inhoud van het regime dat toegepast wordt op het geheel van de gedetineerden ook geïdentificeerd worden als een aangepast antwoord op de problematiek van het druggebruik in de gevangenis.

Dit verwijst naar het vraagstuk van de vermenschlijking van de detentievoorwaarden en naar het 'openen' van de gevangenis naar de maatschappij. In dit opzicht leggen de Europese gevangenisreglementen het accent op de eerbied voor de individuele rechten, voor de menselijke waardigheid en op de noodzaak om te strijden tegen de nefaste gevolgen van detentie. Zij schrijven voor dat de regimes van de strafinrichtingen zodanig zouden worden opgesteld en beheerd dat ze "de nadelige gevolgen van de detentie en de verschillen tussen het gevangenisleven en het leven in vrijheid tot een minimum beperken, opdat de gedetineerden hun zelfrespect niet zouden verliezen of hun zin voor persoonlijke verantwoordelijkheid"¹²⁶.

In dit deel worden enerzijds de aspecten van het organiseren van de detentie benadrukt die een invloed kunnen hebben op het druggebruik, en anderzijds de gevolgen die de aanwezigheid van drugs heeft op het gevangenisregime. Om dat te doen moet men verschillende punten bekijken. Eerst en vooral bekijken we de verschillende 'hulpbronnen' waarop de gedetineerden kunnen beroep doen om de opsluiting draaglijk te maken. Daarna vermelden we de specifieke regimes voor druggebruikers die werden opgestart in enkele gevangenis, na enkele beschouwingen over de manier waarop de gevangenen verspreid worden over de verschillende strafinrichtingen. Tenslotte zullen we de vorming behandelen van de bewaarders, die een belangrijke schakel uitmaken in de vermenschlijking van de detentie. Inderdaad, de literatuur zegt immers dat de levenskwaliteit in de gevangenis voor een groot deel afhangt van de kwaliteit van de relaties tussen de verschillende actoren¹²⁷.

¹²⁵ SYR, J.-H. ; « Le contrôle dans les prisons : revue de la littérature », in FAUGERON, C., *et al.*, *op.cit.*, pp. , spéc. p. 261.

¹²⁶ Recommandation R (87) 3 du Conseil de l'Europe, règle 65.b.

¹²⁷ Bijvoorbeeld, SENN GROMELLE, A., DE AGAZIO, M.-Th.; « Le traitement pénitentiaire : la question de la participation du surveillant à sa mise en œuvre », *Rev. intern. crim. pol. techn. et scientif.*, 1999, p. 56.

5.3.2 De 'hulpbronnen' van de gedetineerden

Hoewel de gevangenis in de jongste twintig jaar een humaniseringproces heeft doorgemaakt¹²⁸ (bezoek aan een tafel, introductie van kranten, televisie, de kantine,...) toch blijft de opsluiting een moeilijke existentiële ervaring. Deze moeilijkheid wordt nog verzaamd door de detentievoorwaarden waaraan de gevangenen zijn onderworpen: in sommige instellingen betekent de combinatie van de vervallen toestand en de ouderdom van de gebouwen, de overbevolking, het ontbreken van redelijke sanitaire uitrusting en het bijna geheel ontbreken van enige activiteit, volgens het advies van het CPT, niets minder dan het blootstellen van de gedetineerden aan een onmenselijke en vernederende behandeling¹²⁹.

In het raam van een studie over het geneesmiddelengebruik in de gevangenis, hebben Franse auteurs zich gebogen over de vraag hoe gedetineerden erin slagen om de opsluitingvoorwaarden te verteren (onthouden van gunsten, promiscuïteit, eenzaamheid, geweld, inactiviteit,...) en hebben een zeker aantal variabelen in het licht gesteld.¹³⁰

De eerste variabele slaat op het gebruik van geneesmiddelen die door de medische dienst worden voorgeschreven, waaraan we het illegale druggebruik kunnen toevoegen; die producten maken het inderdaad mogelijk om het psychisch lijden van de gedetineerden te verlichten, maar zijn ook een middel om "de tijd door te komen", de werkelijkheid enigszins te ontvluchten, en het vol te houden...

'M.: Velen onder hen eisen medicatie, alleen maar om de tijd door te brengen. Ze leggen zich plat en slapen.'

Indien de volgende variabelen al toelaten om de opsluiting te verdragen, dan kunnen ze ook een invloed hebben op het druggebruik, illegaal of niet.

Zo heeft de *ondersteuning van buitenaf* (bezoek van de familie en verwanten, briefwisseling, telefoon) een zeer groot belang voor de gedetineerden, in die mate dat ze bijdragen tot het behouden van een affectief leven en van hun eigen identiteit¹³¹. Zo verwachten ze bijvoorbeeld veel van het bezoek, en als dat dan niet doorgaat is de gedetineerde zwaar ontgoocheld. In dit opzicht dient opgemerkt dat, volgens de eerder genoemde Franse studie, de relationele breuk

¹²⁸ MARTIN, D., MEYVIS, W. ; *Rapport sur l'humanisation des conditions de détention et le traitement de la délinquance dans la collectivité*, Koning Boudewijn Stichting, 1991.

¹²⁹ Raad van Europa, *Rapport au gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 au 23 novembre 1993*, Strasbourg/Brussel, 14 oktober 1994, p. 35, m.b.t. de gevangenis van Sint-Gillis.

¹³⁰ JAEGER, M., MONCEAU, M. ; *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, Ramonville Saint-Agne, Erès, pp. 26-35. Saint-Agne, Erès, pp. 26-35. Voor een meer grondige analyse verwijzen we naar een studie die uitgevoerd werd door het laboratorium van sociale verandering van de l'Université Paris-7, waarin de onderzoekers het bewijs hebben geleverd dat « L'*adaptation* à la vie en prison implique l'accessibilité des individus à des *ressources* diverses, psychiques comme environnementales leur permettant la mise en place de *stratégies* de préservation de soi. Révélées par l'emprise qu'exerce sur eux l'institution, leur déploiement potentiel paraît surdéterminé par la nature du rapport qu'entretient l'individu avec lui-même et son entourage humain et non-humain d'une part, par le dispositif contraignant de l'autre » (p. 172, we onderstrepen), LHUILIER, D., SIMONPIETRI, A. , VEIL, Cl., MORALES, L., *VIH-SIDA et santé : représentations et pratiques des personnes incarcérées*, Paris, Laboratoire de changement social, Université Paris 7, juin 1999, spéc. pp.166-173.

¹³¹ Zie MARTIN, D., MEYVIS, W. ; *Rapport sur l'humanisation des conditions de détention (...), op.cit.*, pp. 52-55.

met de buitenwereld, of familiale problemen, aan de basis kunnen liggen van een toename van het druggebruik.

'B.: Wat betreft het bezoek is er geen verschil tussen gebruikers en niet-gebruikers.'

De gevoerde interviews leveren slechts weinig elementen op in verband met de contacten met de buitenwereld, en ook niet veel over de kantine die door de literatuur, naar het voorbeeld van de televisie, gezien wordt als een onvervangbare "spanningsverminderaar"¹³² maar ook "om de dagelijkse gang van zaken in de gevangenis psychologisch draagbaar te maken"¹³³.

De laatste factor die een invloed heeft, betreft de "mogelijkheid tot deelname aan activiteiten" (werk, sport, vorming,...)¹³⁴: de medeactoren in het gevangenisleven plaatsten de sport vooraan, evenals het werk, als factor die het individuele druggebruik doet dalen, in de mate waarin deze activiteiten de gedetineerde in staat stellen om bezig te zijn, lichaamsbeweging te hebben, niet opgesloten te blijven in een overbevolkte cel.

In het kader van de pre-enquête werd door de meeste respondenten, behalve de vrouwelijke, aangegeven dat er voldoende mogelijkheden zijn voor sport (zij het dat de mogelijkheden zeer afhankelijk zijn van de infrastructuur) en culturele activiteiten.

Dit is echter geenszins het geval m.b.t. opleidingen en werk. Talrijke gedetineerden beklagen zich inderdaad over een onvoldoende toegankelijkheid.

'G.: Er wordt veel beloofd, maar weinig gedaan. Ik wacht nog altijd. Dat gaat uit van de VDAB. Die zei, ik kom volgende week terug, maar ik heb hem nooit meer gezien.'

'G.: Werk, dat is ook een beetje een vriendjespolitiek. Die van de eigen streek krijgen voorrang.'

'G.: Nee, ze hebben nooit aan mij gevraagd of ik iets wou doen. Ze lieten mij daar lopen en zitten gelijk een zombie.'

Deze uitspraken duiden op een significant verschil tussen de vraag naar werk en het aanbod, een situatie die ook voortvloeit uit de overbevolking.

'B.: ...deze gevangenis heeft plaats voor, ik denk, 270 gedetineerden; we tellen er nu 420. Dat is een overpopulatie van meer dan 100%. Ze willen allemaal werken, maar dat is niet mogelijk.'

¹³² SEYLER, M. ; « La consommation dans les établissements pénitentiaires. De la survie à la parole retrouvée », *Déviance et contrôle social*, 1985, nr 4, pp. 20 et s.

¹³³ SEYLER, M. ; « Vivre avec son temps : les cantines des prisons », *Déviance et société*, 1988, nr. 2, pp. 127 et s.

¹³⁴ Dit rapport was niet de plaats om het geheel van mogelijkheden en problemen die we tegenkwamen uit te werken. De lezer kan hiervoor het Jaarrapport 1998 van het Directoraat-generaal strafinrichtingen raadplegen, evenals volgende documenten : MARTIN, D., MEYVIS, W., *Rapport sur l'humanisation des conditions de détention (...)*, op.cit., pp. 31-51 ; HOUCHON, G., JANSSENS, N., « Education et prison. Une utopie constructive », in LAMPAERT, F., MALICE, P. (coord.), *Prison et Société II*, Brussel, Koning Boudewijn Stichting, 1994, pp. 17-75 ; DETIENNE, J., ETIENNE, I., PIERAERTS, M. (red.), *Participation de la société dans les prisons*, Brussel, Commission royale des patronages, 1997 ; MARY, Ph., DURVIAUX, S., « L'éducation en prison : resocialisation ou occupation ? », *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1991, vol. XLIV, n1, pp. 36-42 ; MARCHIETTI, A.-M., « Le travail en détention : un révélateur de la condition carcérale », *In Prisons en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, nr. 31, pp. 183-193.

Er moet eveneens opgemerkt worden dat werkmogelijkheden prioritair voorbehouden zijn aan diegenen die een straf uitzitten; gedetineerden onder voorarrest hebben blijkbaar minder of geen mogelijkheden om te werken.

'G.: Wanneer ge niet veroordeeld bent, durven ze je geen werk geven. Ze zeggen 'oh, hij gaat misschien vrij in 28 dagen', dat verveelt hen. Ge moet al veroordeeld zijn als ze je een job willen geven.'

Enkele getuigenissen suggereren ook bepaalde vormen van chantage m.b.t. werk voor diegenen die bepaalde producten gebruiken.

'G.: De dokter heeft me een keer Trazolan® voorgeschreven om te kunnen slapen. Maar omdat ik 'serveerder' was, kon ik ze niet nemen. Ik heb ze dan ook niet gepakt.'

Opvallend is dat door alle respondenten het gebrek aan mogelijkheden tot zinvolle tijdsbesteding als één van de ernstigste risicofactoren wordt onderschreven. De verveling, de daaraan verbonden spanningen en de gevoelens van onwelzijn beïnvloeden, zowel volgens het medisch/verpleegkundig personeel, volgens de bewaarders als volgens de (ex)gedetineerden in belangrijke mate drug en medicatiegebruik in de gevangenis, zowel wat betreft beginnend gebruik, voortgezet gebruik en hervalggebruik.

'G.: Ik bleef shit roken omdat ik mij verveelde.'

'B.: De overgrote meerderheid werkt niet, of volgt geen opleiding. Verveling is troef.'

'B.: Ze hebben niks te doen. Die leegte en verveling is regelmatig aanleiding tot spanningen.'

Globaal werd echter geen aantoonbaar verschil opgemerkt in de mogelijkheden tot deelname aan activiteiten tussen gedetineerde druggebruikers en niet-gebruikers. Desondanks bestaan er uitzonderingen zoals o.a.:

- het ontwikkelen van activiteiten in het kader van een specifieke sectie (drugvrije sectie), waar we later op terugkomen;
- het bekend geraken dat een gedetineerde seropositief is of drager van een besmettelijke aandoening;

'G.: Ik mocht niet meer in de keuken werken omdat ze hoorden dat ik hepatitis C heb.'

- wanneer een druggebruiker tijdens een ontwenningperiode zelf deelname weigert.

5.3.3 Specifieke regimes

Alvorens de zogenaamde specifieke secties voor druggebruikers toe te lichten, lijkt het ons nodig een korte uitleg te geven over hoe gedetineerden verdeeld worden in penitentiaire instellingen.

5.3.3.1 Algemene overwegingen

In theorie worden gedetineerden verdeeld in functie van individuele karakteristieken en specificiteit van de instellingen.¹³⁵ Uit de interviews komt echter tot uiting dat het enige verdelingscriterium dat geldig is de cel is waar er nog plaats is. Daarenboven is het vrij utopisch te denken dat men alle druggebruikers op één en dezelfde sectie kan groeperen, aangezien heel wat onder hen niet als dusdanig geïdentificeerd zijn.

De veronderstelling kan gemaakt worden dat, zeker gezien de overbevolking in de gevangenissen, regelmatig drug- en niet druggebruikende gedetineerden samen de cel delen, wat de kans op initiatie tot druggebruik en chantage naar celgenoten in de hand werkt.

Hierbij moet vermeld worden dat bij langer verblijf in de gevangenis de kans bestaat dat er, als privilege en afhankelijk van de beschikbare plaatsen, toestemming wordt gegeven voor gedetineerden om op hun vraag bij mekaar te zitten.

5.3.3.2 De psychiatrische annexes

Algemeen gesproken zijn er drie type personen die in een psychiatrische annex geplaatst worden: de gedetineerde die wacht op een plaats in een instelling voor sociaal verweer; afhankelijk van de discretie van de psychiater in de instelling en wanneer de situatie van bepaalde gedetineerden dit verrechtvaardigt (zelfmoordpogingen, psychotische decompensatie, pedofielen die een beschermende maatregel vragen, in afzondering plaatsen van gedetineerden die lijden onder druk van het 'milieu'); wanneer de gedetineerde ontwenningsverschijnselen vertoont bij zijn aankomst in de gevangenis.

In het verleden werden druggebruikers regelmatig georiënteerd naar de psychiatrische vleugels in gevangenissen. Dit gebeurt blijkbaar nu minder systematisch. De stijging van het aantal druggebruikers in detentie maakt dit trouwens in de praktijk geen realistische optie.

Desalniettemin is een 'doorgang' in een psychiatrische annex, in instellingen die erover beschikken, vrij verbreid wanneer een persoon onthoudingsverschijnselen vertoont.

'G.: Algemeen gesproken, wanneer een gebruiker aan het afkicken is bij aankomst, plaatst men hem voor een week of twee in de annex.'

¹³⁵ Art 14 RG: « Les détenus sont répartis entre les établissements selon les modalités du régime pénitentiaire à leur appliquer ».

Hierbij moet opgemerkt worden dat, na een bezoek aan de gevangenis van Lantin in 1993, het 'Centre Prévention Torture (CPT), een advies formuleerde dat luidde "het is niet aan te raden dat het probleem van de toxicomanie bij aankomst wordt beheerd in de psychiatrische annex, parallel met belangrijke psychiatrische gevallen"¹³⁶

Slechts één van de respondenten (onder interneringsmaatregel) werd opgenomen op een psychiatrische afdeling omwille van een drugproblematiek.

Hierbij kan de bemerking gemaakt worden dat in de verslavingszorg het concept van de dubbele diagnose (verslaving en psychiatrische problematiek)¹³⁷, zeker bij de zogenaamde gemarginaliseerde restgroep, meer en meer aan bod komt. Als we weten dat deze restgroep frequent in aanraking komt met detentie mag het duidelijk zijn dat dit ook voor het gevangeniswezen repercussies heeft.

'In het strafrechtstelsel vinden wij wel twee duidelijke subgroepen van de dubbeldiagnose patiënten terug, met name de mensen met persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik en al diegenen met psychotische stoornissen en middelenmisbruik'.¹³⁸ Is de kans op een interneringsmaatregel bij de tweede groep groter, bij diegenen die persoonlijkheidsstoornissen koppelen aan een drugproblematiek is dit weinig voorkomend omdat het drugmisbruik meestal slechts een secundaire factor is bij de beoordeling van de toerekeningsvatbaarheid. Zij verblijven dan ook in gewone detentie.

'B.: Er zijn veel van die zware druggebruikers die hier niet thuis horen. Dat zijn meer psychiatrische gevallen.'

Daarenboven is de kans dat deze groep frequente 'bezoekers' worden van penitentiaire instellingen groot. Enerzijds zullen hun persoonlijkheidsstoornissen en 'acting out' gedrag recidive in de hand werken, anderzijds is er binnen de externe drughulpverlening veel weerstand voor dubbel diagnose patiënten met een juridisch verleden. Opvang en behandelingsmogelijkheden zijn voor deze restgroep quasi nihil.

5.3.3.3 De drugvrije secties

De eerste ervaringen met 'drug vrije units' waren in Nederland: zij werden opgestart vanuit de optiek dat afhankelijke druggebruikers moesten verzorgd worden en voorbereid op een leven zonder drugs¹³⁹. Aldus beschikt men in Nederland sedert het einde van de jaren tachtig in een aantal penitentiaire instellingen over zogenaamde drugvrije secties met een totale celcapaciteit

¹³⁶ Raad van Europa, *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 au 23 novembre 1993*, Strasbourg/Brussel, 14 oct. 1994, par. 177, p. 57.

¹³⁷ Zie hiervoor ook bijvoorbeeld BROCHU, S., MERCIER, C. ; « Les doubles problématiques avec une composante de toxicomanie : état de la littérature », *Psychotropes*, 1992, vol. VII, nr. 3, pp. 7-20.

¹³⁸ DOM G.; (red), *Dubbeldiagnose : als verslaving en psychische problemen samengaan*, p. 210, EPO,1999.

¹³⁹ ERKELENS, L. H., VAN ALEM, V. C. M.; « Dutch prison drug policy : towards an intermediate connection », pp. 75-94, spéc. p. 82.

van 476 (3.6% van de totale capaciteit).¹⁴⁰ De drugvrije secties hebben een verschillende aanpak afhankelijk van het plaatselijke management. Geïnterviewde gebruikers melden dat de aanpak teveel gericht is op een 'drugvrij leven' en psychologische begeleiding en dat praktische hulp voor dagelijkse problemen en reïntegratieaspecten (financiën, werk, woonst, enz.) niet of te weinig aan bod kwamen.¹⁴¹ Eén van onze respondenten, een ex-gedetineerde die ook in Nederlandse detentie had verbleven, vermeldde dat hij daar bij voorkeur in drugvrije secties verbleef gezien de kwaliteit van de heroïne daar beter was.

In België zijn (en werden) dergelijke experimenten uitprobeerde in een aantal gevangenis. ¹⁴² We citeren o.a. de zogenaamde "drugvrije sectie" die sinds verschillende jaren bestaat in de gevangenis van Dendermonde, ondanks de moeilijkheden om vrijwilligers te vinden; de "standaard procedure om af te haken" die bestaat in een sectie van de gevangenis van Leuven; het experiment dat voor zes maanden gelopen heeft in Saint-Hubert en dat wacht op een beslissing van de centrale administratie voor verderzetten; de projecten die werden opgestart in Lantin maar die werden stop gezet omwille van de handel in urine en drugs; het project voor hulp aan verslaafden in Jamioulx dat nooit het daglicht zag en de wens van de gevangenis van Aarlen om een zelfde sectie op te zetten.

Deze specifieke regimes worden gekarakteriseerd door drie componenten. Ten eerste, om in aanmerking te komen voor dergelijk regime moet de gedetineerde een contract tekenen waarbij hij zich verbindt om niet te gebruiken. Ten tweede, of dit contract al dan niet gerespecteerd wordt, wordt geverifieerd door urinetests. Tenslotte wordt het regime op dergelijke secties meestal gebaseerd op een systeem van "open deuren", gemeenschappelijke activiteiten worden ontwikkeld en de participerende gedetineerden genieten soms van een specifieke psychosociale ondersteuning.

We moeten hierbij opmerken dat de kostprijs van dergelijke secties vrij hoog ligt gezien de noodzakelijke omkadering en de kost van de controlemaatregelen. Daarenboven moet vastgesteld worden dat deze projecten werden opgestart via "trial and error", dat er weinig evaluatie gebeurde, evenmin als een coördinatie tussen de verschillende inrichtingen, waardoor de ene geen gebruik kon maken van de ervaringen van de andere.

Uit de analyse van de interviews blijkt dat binnen het bewaardersbestand bij sommigen de visie leeft dat speciale secties voor gedetineerde druggebruikers hun nut kunnen hebben, maar enkel wanneer het gebeurt met specifiek hiervoor opgeleid personeel en met een duidelijk regime. (40% van de antwoorden).

'B.: Speciale secties voor druggebruikers, ja waarom niet. Moest je die mensen op een aparte afdeling kunnen zetten, waar de bewakers ook meer getraind zijn in die problematiek, dat zou een gunstige invloed kunnen hebben. Bijvoorbeeld ook iemand die afkickt, die zweet heel veel. Een

¹⁴⁰ DUTCH Report, group of experts in epidemiology of drug problems / drug use by prisoners project, p.16. Rapport voor de Co-operation group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Straatsburg, 30 september 1999.

¹⁴¹ BIELEMAN, B. en LAAN, R. van der. ; Stok achter de deur; onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden. Bureau Intraval, Groningen, 1999.

¹⁴² Voor een voorstelling van de experimenten die gevoerd werd in Franstalig België en een meer complete kritische analyse verwijzen we naar ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr.; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 86-110.

dagelijkse douche zou dan moeten kunnen voor de mensen die in dat regime zitten. Gewoon om maar iets praktisch te noemen.’

‘B.: Dat heeft alleen maar zin als het personeel daarvoor goed opgeleid is. Anders is dat nutteloos.’

De antwoorden van de gedetineerden geven indicaties dat in de huidige situatie ernstig kan getwijfeld worden of de doelstellingen van een drugvrije sectie wel behaald worden.

‘G.: Een drugvrije sectie zoals in X. Laat me niet lachen, daar zaten alle dealers want het regime was daar gemakkelijker.’

‘G.: Ik heb in een gevangenis gezeten waar een drugvrije sectie was. Het kwam erop neer dat in die drugvrije secties meer gebruikers zaten dan in de afdelingen waarvan ze wisten dat er gebruikt werd. Het is allemaal één bullshit.’

‘G.: Mensen die daar gaan zitten zijn smoelentrekkers. Dat zijn mensen die zeggen van zie ik ga daar zitten want ik wil niets met drugs te maken hebben. Maar in feite zijn het de grootste hypocrieten die er rondlopen, want ze gaan daar speciaal zitten omdat ze weten dat daar meer zit dan ergens anders. Zo simpel is het.’

‘G.: Onzinnig. Zo van die drugprojecten. Je kunt onmogelijk over je gevoelens gaan praten met een hoop andere gevangenen. Dat gaat niet, dat is onmogelijk. En daarna terug de sectie binnen. Een half uur later ben je alweer een joint aan het roken. Ik geloof daar niet in.’

5.3.4 De vorming

Naast de “humanisering” van de detentievoorwaarden en het steeds meer erkennen van de rechten van de gedetineerden zijn er nog andere factoren die het beroep van bewaarder veranderen: de endemische overbevolking en het personeelsgebrek, de evolutie van de populatie in de zin van een toename van de langere straffen, van preventieve hechtenis, van het aantal druggebruikers en van vreemdelingen (met al wat dat meebrengt aan culturele botsingen en communicatieproblemen), waaraan dan nog moet toegevoegd worden dat er een evolutie is in de bewakingstechnieken (elektronische bewaking, detectieportieken, de radiografie,...). Dit vraagt allemaal om nieuwe competenties.¹⁴³

Sommige auteurs denken dat deze situatie een strategie van ‘terughoudendheid’ teweegbrengt bij de bewaarders, die steeds meer aan macht inboeten¹⁴⁴. In de praktijk probeert men die evolutie tegen te gaan door een verdubbeling van de traditionele opdracht van “sleutelbewaarder”, d.w.z. van bewaking, controle en ordehandhaving, naar een opdracht met socio-educatief karakter en hulp bij reïntegratie¹⁴⁵. Dat heeft een versterking tot gevolg van de

¹⁴³ LAUWERS, N. ; « La formation initiale du personnel de surveillance d'administration pénitentiaire belge », *J.P.*, 1994, nr. 261, p.13-14.

¹⁴⁴ De progressieve erkenning van de rechten van gedetineerden heeft tot gevolg dat er geen adequate middelen meer zijn om hen te controleren (privileges), de bewaarder « aura tendance à se retirer le plus possible, à mettre une distance plus grande entre les détenus et lui, à intervenir moins et à laisser les détenus se débrouiller seuls entre eux » (LEMIRE, G. ; *Anatomie de la prison, op.cit.*, p.72). Anderzijds, geconfronteerd met een streng regime en een strikte discipline, « le surveillant rendra d'autant plus service au détenu que celui-ci est d'avantage dépendant » (CHAUVENET, A. ; « L'échange et la prison », p.64).

¹⁴⁵ Deze opdracht voor bewaarders analyserend, stellen onderzoekers vast dat deze utopisch is. Inderdaad, uit gesprekken met bewaarders komt als synthese naar voren, dat ze het principe genegen zijn – evenals het ideaal - van deze missie, maar dat ze het niet op effectieve wijze kunnen invullen : enerzijds wegens gebrek aan tijd, informatie, middelen en opleiding en

complexiteit van de taak van de bewaarder, zonder daarom de instrumenten te voorzien (in termen van vorming) die het personeel zouden toelaten om een passende houding aan te nemen om deze paradox (controle/hulp), waarin ze worden ondergedompeld, op te lossen. In plaats van de functie te herwaarderen en zo te strijden tegen die terughoudendheid, is het resultaat dat de bewaarders in een soort identiteitscrisis worden gestort¹⁴⁶; ze zien zich geplaatst tegenover een gebrek aan definitie van hun functie, zodat de bewaarders over het algemeen verkiezen om zich terug te trekken in de attributen van hun veiligheidsopdracht, "de enige opdracht die hen in de ogen van het publiek legitimeert"¹⁴⁷. Niettemin "is het niet de relationele dimensie die wordt verworpen, maar veeleer de termen waarin die wordt gesteld (de opdracht tot reïntegratie), de kloof tussen doel en middelen, en tenslotte en wellicht het voornaamste het gebrek aan sociale erkenning voor wie de directe lasten draagt".¹⁴⁸

De kern van het probleem ligt dus op het vlak van de vorming van het bewaardersbestand, waarbij de auteurs regelmatig het gebrek aan samenhang onderstrepen tussen de officiële uitspraken waarin wordt aangedrongen op vorming van het personeel, en de eigenlijke vormingspraktijken die tenslotte tot bijna niets worden beperkt. Dat gebrek aan samenhang tussen beloftes en de realiteit komt voort uit een gebrek aan politieke wil die nog opvallender is als men de nationale budgetten bekijkt die aan vorming worden besteed, namelijk 1/1000 van het budget van het gevangeniswezen¹⁴⁹. Nochtans moet er een positieve evolutie worden vastgesteld in de budgetten voor vorming van het gevangenispersoneel (in miljoenen Bef): 9,1 (1995); 23 (1996); 19,7 (1997); 26,8 (1998).

Wat meer is, J.P. Dewaele en W. Depreeuw schrijven, "het is duidelijk dat men zonder een vernieuwd strafbeleid (...) geen systematisch penitentiair beleid kan formuleren, en dat, zonder een penitentiair beleid, men niet volledig de functie van de bewaarders kan omschrijven, opdat de optimale uitoefening van die functie het voorwerp van vorming zou kunnen uitmaken".¹⁵⁰

Meer specifiek m.b.t. het onderzoeksonderwerp leren we uit het jaarverslag 1998 van het Directoraat-generaal Strafinrichtingen dat drugsverslaving en besmettelijke aandoeningen onderwerpen waren die aan bod kwamen in diverse opleidingen die door de strafinrichtingen zelf georganiseerd werden.¹⁵¹ Daarenboven wordt ook in de centra voor de basisopleiding (PCBO De Bres in de gevangenis van Brugge voor de Nederlandstalige kant, en het

anderzijds omdat ze haaks staat op hun veiligheidsopdracht. CHAUVENET, A., ORLIC, B., BENGUIGUI, G. ; *Le personnel de surveillance des prisons, op.cit, spéc. pp.39-61.*

¹⁴⁶ Zie o.a. LHUILIER, D. ; « Les surveillants de prison : identité professionnelle et crise de légitimité », in *Prisons en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n31, pp. 135-150.

¹⁴⁷ KELLENS, G. ; « Devenir surveillant de prison. A propos d'un récent colloque européen », *J.P.*, 1994, n°261, p.12.

¹⁴⁸ AYMARD, N., LHUILIER, D. ; *Sécurité et identité professionnelle des personnels de surveillance*, Paris, Geral, 1993, p.236.

¹⁴⁹ DE CONINCK, G. ; « La formation initiale du personnel de surveillance des établissements pénitentiaires : des exigences morales et religieuses à la formation d'intervenants socio-éducatifs en milieu pénal », *D.S.*, 1997, vol.21, nr 2, p.166-167.

¹⁵⁰ DE WAELE, J.-P. et DEPREEUW, W. ; *Formation du personnel pénitentiaire. De la surveillance à la guidance.*, Bruxelles, Le Moniteur belge, 1985, p.22 ; voyez aussi HOUCHON, G., « Pierres de touche pour une formation du personnel pénitentiaire (vers l'an 2000) », *J.P.*, 1994, nr. 261, pp.17-19.

¹⁵¹ Voor een analyse van sommige opleidingen, zie : ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 175-205.

opleidingscentrum in de gevangenis van Lantin voor de Franstalige kant) de drugproblematiek aangehaald.¹⁵²

Toch duiden de antwoorden van de bewaarders op bestaande hiaten m.b.t. de inhoud van deze opleidingen.

‘B.: Het zwakke punt in de bijscholing is dat ze altijd beginnen met een halve dag productinformatie. Wat eigenlijk minder belangrijk is. Allez, voor mij toch. Bij de opleiding moeten ze zien wie er pas begonnen is en wie er al een paar jaar werkt. Van bepaalde dingen moet je wel een opfrissing hebben, maar altijd weer opnieuw over die producten.’

‘B.: Praktische dingen meer, zoals omgaan met hun eisend gedrag of zo. Niet dat puur theoretische gedoe over die producten.’

‘B.: Echt speciaal was er op het gebied van drugs of een bijscholingscursus niets.’

‘B.: Een gesprek met een ex-druggebruiker en ... wat bij hen de meest gebruikte uitvluchten zijn. Of hoe hij dat gebruikt en wanneer. Of dat er tijdstippen zijn. Plus, dat was ons ook beloofd toen we in opleiding gingen, je krijgt er een folder voor met kleurenfoto's plus de uitleg en nevenwerkingen en dergelijke. Die zou ons bezorgd worden, maar dat is al een goed jaar terug. Alhoewel we er al achter geïnformeerd hebben, hebben we nog altijd niets.’

‘B.: Toch meer weten hoe we ons moeten beschermen met al dien aids en hepatitis.’

Sommigen geven aan dat de toegang tot opleidingen gelimiteerd is tot een beperkt aantal deelnemers en dat sommige kandidaten niet de mogelijkheid hebben om deel te nemen.

‘B.: Er is een opleiding, maar zeer beperkt in aantal deelnemers. Ik viel buiten de quota. Ik wilde wel deelnemen, maar er waren misschien tien personen die konden gaan en ik was niet bij die tien. Het zal er ooit wel eens van komen, maar met 200 personeelsleden waarvan er tien per jaar worden opgeleid, kan ik misschien in opleiding ergens in de volgende twintig jaar.’

De opleidingen die (meestal) gegeven worden door externe drugcentra vertrekken vanuit een andere attitude t.o.v. gebruikers. Behandeling en begeleiding staan daarbij centraal, wat bij bewaarders conflicten kan genereren daar zij in de eerste plaats een bewakingsopdracht hebben. De kennis die wordt verzameld is door hen moeilijk over te brengen naar hun eigen praktijk¹⁵³. Een euvel dat vele opleidingen typeert is blijkbaar ook hier aanwezig: er wordt te weinig rekening gehouden met het ‘eigenbelang’ en de specificiteit van de groep waar men de vorming aan geeft.

Ofschoon productinformatie een onderdeel is van de opleiding wordt dit niet als voldoende beleefd. Hoe gedragsmatig omgaan met druggebruikers bij eisend gedrag, agressiviteit, ontwenning,.. zijn elementen die regelmatig geciteerd worden als tekortkomingen binnen de opleiding, evenals de beroepsrisico's en de mogelijke preventie ervan bij besmettelijke aandoeningen zoals HIV/Aids en hepatitis.

¹⁵² *Jaarverslag 1998*, Directoraat-generaal Strafinrichtingen, Ministerie van Justitie, p. 218-220, 1999.

¹⁵³ Het betreft desondanks een algemene kritiek m.b.t. tot vormingen : inderdaad, de bewaarders bekritisieren het te theoretische karakter van de opleiding, dat ze niet kunnen integreren in hun penitentiaire realiteit (SENN GROMELLE, A., DE AGAZIO, M.-Th., *op.cit.*, p. 73).

Hierbij dient opgemerkt dat het omgaan met agressie en de inherente veiligheidsproblemen als het meest fundamentele hiaat in de opleiding wordt beleefd en dat dit niet alleen betrekking heeft op de problemen met gedetineerde druggebruikers.

Het is evident dat men onmogelijk kan verwachten dat bewaarders kunnen omgeschoold worden tot drugspecialisten. Zelfs binnen de drughulpverlening is er een grote diversiteit wat betreft aanpak en uitgangspunten. Maar de onwetendheid rond druggebruik, en dan vooral een gebrek aan kennis en informatie over gezondheidsaspecten kan wel risico's inhouden zowel voor het personeel als voor de gedetineerde druggebruikers zelf. Denken we maar aan mogelijke besmettingsrisico's voor het personeel en gedetineerden of een verkeerd inschatten van medische klachten van gedetineerden door de bewaarders.

'B.: Het probleem is dat er geen enkele opleiding is voorzien m.b.t. overdosis. En als we iemand zien die er echt slecht aan toe is, is de enigste oplossing die we hebben de arts roepen. Want ik ben niet bekwaam om te detecteren of het een overdosis is, voor mij is hij gewoon 'slecht'.

Binnen het kader van deze onderzoekopdracht was het identificeren van de noden en verwachtingen van het personeel m.b.t. de drugproblematiek in penitentiaire settings geen specifieke doelstelling. Het lijkt ons echter wel een belangrijk aandachtspunt om dit ten gronde te bestuderen.

Trouwens een Nederlandse studie, uitgevoerd door het Trimbos Instituut, heeft het belang van de opleiding van het penitentiair personeel aangetoond, in het bijzonder om 'valse ideeën' rond risicogedrag en besmettingen tegen te gaan.¹⁵⁴ En in bepaalde Duitse gevangenissen, in het kader van schadebeperkende strategieën, heeft men opleidingsprogramma's ontwikkeld die zich specifiek richten naar zowel intraveneuze druggebruikers als de personeelsomkadering: men motiveert er daadwerkelijk het personeel om hun gedrag en attitudes t.o.v. potentiële risico's die zowel zij als de gedetineerden lopen, te wijzigen.¹⁵⁵

¹⁵⁴ VAN DOORNICK M.; Prison Staff and Infectious Diseases; factors likely to influence the behaviour of prison staff; lezing op 'The Third European Seminar on HIV and Hepatitis in prison', Milano, May 28 & 29, 1999.

¹⁵⁵ HEUDTLASS J.H., STOVER H.; Harm Reduction-Strategien für intravenös applizierende Drogenkonsumenten un Bedienstete auch im Strafvollzug. Ein saferuse-Trainingsprogramm, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1998, 21 (1), 27-36.

5.3.5 Besluit

Deze korte studie van de organisatie van de vrijheidsberoving heeft ons toegelaten om de factoren te onderkennen die een invloed hebben op het gebruik van drugs of geneesmiddelen en/of die een risico uitmaken voor de gezondheid.

Eerst en vooral laat de organisatie van activiteiten (sport, culturele activiteiten, werk en vorming) de gedetineerde toe om op een andere manier aan de verveling te ontsnappen dan door druggebruik, en, omgekeerd, bevordert het ontbreken van enige activiteit het gebruik van drugs en van geneesmiddelen, bedoeld om het psychisch lijden van de gedetineerden te beperken, en om "de tijd te doen voorbijgaan".

Vervolgens, ook al worden binnenkomers die ontwenningverschijnselen vertonen in meerdere strafinrichtingen in de psychiatrische annex geplaatst, toch wordt die praktijk niet aanbevolen door het CPT in het raam van de zorgverstrekking aan afhankelijke druggebruikers. Trouwens, de experimenten met zogeheten "drugsvrije" afdelingen –gebaseerd op het model van de volledige onthouding-- lijkt geen positieve invloed te hebben op het gebruik van de gedetineerden. Inderdaad, behalve dat ze veel geld kosten, lijken die experimenten hun doel niet te bereiken ten opzichte van problemen als urinehandel, aanwezigheid van verdovende middelen en de moeilijkheid om vrijwilligers te vinden.

Tenslotte vertoont het vormingsaanbod voor bewaarders in meerdere opzichten ernstige tekortkomingen, namelijk voor wat de beheersing betreft van relationele moeilijkheden met de gedetineerden, en meer in het bijzonder welke houding moet worden aangenomen tegenover druggebruikers die eisen stellen, agressief worden of ontwenningverschijnselen vertonen, en ook voor wat het beroepsrisico van de bewaarders betreft. Vandaar dat het gebrek aan vorming en kennis inzake gezondheid bij 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 lichamelijke klachten verkeerd inschatten.

5.4 DE BEHANDELING

5.4.1 Inleiding

De toename van het aantal druggebruikers binnen de gevangenispopulatie en de Aids-epidemie hebben bijgedragen tot het onthullen van de precare gezondheidstoestand van de gedetineerden en tot het sensibiliseren van de beleidsmakers voor de noodzaak om de gezondheidszorg van de gedetineerden te verbeteren, de noodzaak zelfs om de modaliteiten ervan te veranderen, zoals in Frankrijk waar het verstrekken van gezondheidszorg aan gedetineerden sinds 1994 onder het Ministerie van Volksgezondheid ressorteert.¹⁵⁶

De Raad van Europa stelt vast dat de medische diensten in de meeste Europese landen door het gevangeniswezen zelf worden georganiseerd, en suggereert geen enkel eenduidig organisatiemodel inzake gezondheid in de gevangenis. Aanbeveling nr. R(98)7 betreffende de ethische en organisatorische aspecten van de gezondheidszorg in penitentiaire settings onderstreept nochtans dat "Het Ministerie van Volksgezondheid een meer uitgebreide verantwoordelijkheid zou moeten hebben op het vlak van evaluatie van de hygiëne, het inschatten van de efficiëntie van de gezondheidszorgen en de organisatie ervan in de strafinrichtingen". Wat meer is: met de bedoeling "om de gedetineerden de best mogelijke zorgen te garanderen en om het principe toe te passen van een gelijkwaardigheid in zorgvertrekking tussen penitentiaire instellingen en de maatschappij, zouden de verschillende betrokken ministeries en diensten moeten beginnen met de uitwerking van een geïntegreerd gezondheidsbeleid voor de strafinrichtingen. Zulk beleid vraagt om nauwe samenwerking en om een duidelijke omschrijving van de verschillende verantwoordelijkheden".

Totnogtoe staan we ver van een geïntegreerd gezondheidsbeleid voor het Belgisch gevangeniswezen, beleid dat zou moeten berusten op de samenwerking en het op mekaar afstemmen van de verschillende betrokken ministeries. Dit probleem is tot uiting gekomen toen het preventieve en curatieve gezondheidsbeleid ten opzichte van drugsgebruikers ter sprake kwam in een werkgroep "Drughulpverlening in gevangenen", samengesteld uit personen die actief zijn in dit werkgebied, hetzij op het niveau van de Directoraat-generaal, van de gevangenis zelf of van de verslavingszorg¹⁵⁷. Op te merken valt dat in Frankrijk, niettegenstaande de hervorming van de zorgverlening in de gevangenis, het niet zozeer aan een gebrek aan middelen te wijten is dan wel aan de afwezigheid van enige coördinatie tussen

¹⁵⁶ Voor een vergelijkende analyse tussen het Belgische en het Franse systeem, zie BARTHOLEYNS Fr.; *Les détenus et la droit à la santé. De la médecine pénitentiaire à la médecine en milieu pénitentiaire.*, In voorbereiding bij Bruylant; voor een standaardisering van de systemen van gezondheidszorg in de gevangenis, en voor een internationale vergelijking, raadpleeg TOMASEVSKI, K., *Prison health. International standards and national practices in Europe*, Helsinki, Helsinki Institute for crime prevention and control, affiliated with the United Nations, publication series nr. 21, 1992.

¹⁵⁷ Deze groep heeft een tekst geschreven die de basis vormde van de bespreking in werkgroep 3, « Drughulpverlening in Gevangenen », van het Zevende Nationaal Congres, *Drugbeleid 2000*, 26-27 oktober 1999, Gent, Congresboek, pp. 305-316, uitg. Maklu

de betrokken personen en de toegekende financieringen dat het ontwikkelen van een strategie voor preventie en gezondheidsopvoeding in de gevangenis op zoveel moeilijkheden stuit¹⁵⁸.

De behandeling in de gevangenis wordt gekenmerkt door drie types van interventie (medische, psychologische en sociale) en twee types van institutionele medeactoren ("interne" en "externe").

De interne diensten bij het bestuur van het gevangeniswezen hebben de jongste jaren belangrijke structurele veranderingen ondergaan.

Als eerste vermelden we de hergroepering van de psychosociale interveniënten bij de dienst strafinrichtingen in één Psychosociale Dienst, opgericht einde 1997, onder het Directoraat Generaal Strafinrichtingen en bedoeld als eenheidsstructuur die de Penitentiaire Antropologische Dienst moet vervangen¹⁵⁹.

Ten tweede is er de herstructurering van de medische diensten van de strafinrichtingen, onder de leiding van de Centrale Medische Dienst, opgericht in 1997.¹⁶⁰

Op het niveau van de "externe" interveniënten hebben we te maken met de behandelende artsen, de diensten Justitieel Welzijnswerk en de diensten voor verslavingszorg.

In dit deel geven we een overzicht van de zorgvraag en het zorgaanbod, waarbij we proberen om sommige facetten van de organisatie van de zorgvertrekking, die even zoveel risicofactoren uitmaken voor de gezondheid, in het daglicht te stellen. In een eerste fase omschrijven we de vraag van de gedetineerden op het vlak van de medisch-psycho-sociale zorg. Daarna stellen we in het kort de activiteiten voor van de bovengenoemde diensten, waarbij we de nadruk leggen op de obstakels die een vlotte toegang tot de zorgvertrekking in de weg staan. Vervolgens staan we even stil bij de kwestie van het geneesmiddelengebruik van de gevangenen (voorschrift, bereiding en verdeling van de medicatie) en bij het bijzondere geval van de druggebruikers die een behandeling nodig hebben (ontwenning, behandeling met vervangingsmiddelen). Tenslotte snijden we het vraagstuk aan van de preventie van besmettelijke ziekten en van de gezondheidsopvoeding.

5.4.2 De vraag

De gedetineerde staat bekend als de belangrijkste aanvrager (rapport, gesloten brief) inzake medisch-psycho-sociale bijstand, maar ook andere personen formuleren eveneens een dergelijke vraag. Zo zijn er bewaarders die de zorgverstrekkers contacteren, als ze vaststellen dat een gedetineerde "het niet goed maakt". In mindere mate sturen de zorgverstrekkers de

¹⁵⁸ OBRECHT, O.: « Une réforme au milieu du gué », *Rev.fr.aff.soc.*, 1997, vol. 51, n°1, pp. 121-122.

¹⁵⁹ De Penitentiaire Antropologische Dienst bestaat uit de Antropologische Dienst, de Observatie en Behandelingseenheden (OBE) en de Dienst Maatschappelijk Werk Strafrechttoepassing.

¹⁶⁰ De omzendbrief Nr 1716 van 24/07/00 regelt de omvorming van de Centrale Medische Dienst in de Penitentiaire Gezondheidsdienst. Deze is belast met de gezondheidszorg in al zijn aspecten, namelijk curatieve zorgen, gezondheidspreventie en gezondheidsbescherming

gedetineerden terug naar hun collega's als ze van mening zijn dat de vraag die door de gedetineerde wordt gesteld (of diens problematiek), niet onder hun bevoegdheid valt. Hier dient ook vermeld dat soms, maar in zeer beperkte mate, vragen uitgaan van de familie, de aalmoezenier, de morele raadgever of de advocaat. Naast die vraag om "hulp", is er eveneens een groeiend aantal vragen naar expertise vanwege de autoriteiten die belast zijn met de modaliteiten van de strafuitvoering (directie, dienst individuele gevallen, commissie van de voorwaardelijke invrijheidsstelling).

Uit de interviews met de (ex)gedetineerde druggebruikers komt tot uiting dat hun vragen zich meestal oriënteren naar de medische dienst en dat het zowel betrekking heeft op vragen over medicatie als vragen naar medicatie.

Als de zorgverstrekkers gewagen van een overdreven vraag om medicamenten die sterk gebonden zijn aan de persoonlijkheid van de "verslaafde", dan dragen ze daarmee bij tot een stigmatisering van de druggebruikers als grote vragers van medicamenten, maar in feite schuilt daar een situatie achter die veralgemeenbaar is naar alle gedetineerden, zelfs al leeft die vraag scherper bij de eersten, met name tijdens de periode van ontwenning.

Desondanks komt in de interviews die werden afgenomen van artsen en verpleegkundig personeel regelmatig aan bod dat zij geconfronteerd worden met relationele moeilijkheden bij sommige gedetineerde druggebruikers. Het heeft hier dan vooral betrekking op eisend gedrag dat zich centreert op het verkrijgen van medicatie, waarbij een gans scala van 'trucs' wordt gebruikt, gaande van verbale agressie tot het opwekken van medelijden.

Noteren we daarbij dat de bewaarders ook geconfronteerd worden met die moeilijkheid, en waarschijnlijk op een nog indringender wijze in hun eerstelijns positie: men kan zich makkelijk inbeelden met welke moeilijkheden ze worden geconfronteerd als ze bijvoorbeeld te maken krijgen met een gedetineerde die ten prooi valt aan ontwenningverschijnselen.

'M.: ... ja, dat is van roepen en tieren tot alle moeders en familieleden, grootmoeders die overlijden, alle dode poesjes...'

Het lijkt erop dat de gedetineerden weinig geneigd zijn om een échte vraag om hulp te formuleren ten opzichte van de penitentiaire interveniënten, in de mate namelijk waarin ze een zeker wantrouwen betonen dat verband houdt met hun voornaamste zorg: hun detentie zo kort mogelijk houden. De medische dienst en de psychosociale dienst worden immers over het algemeen beschouwd als een verlengstuk van de gevangenis. Aldus gezien betekent het gebrek aan vertrouwen vanwege de gedetineerden tegenover deze diensten, een echt obstakel voor hun toegang tot de hulp en de zorg die hun toestand vraagt. Dat gebrek aan vertrouwen hangt samen met de twijfels van de gedetineerden over het respect voor het vertrouwelijke karakter van de woorden die ze iemand toevertrouwd hebben onder het zegel van het beroepsgeheim.

'G.: Ja, die zeggen wel, jij kunt bij mij komen voor steun. Maar euh ... ik doe dat niet. Omdat ik weet dat het allemaal met drugs te doen heeft. Als ik dan zeg, ja, ik heb problemen ...direct naar mijn dossier ... naar de commissie ...'

'M.: ...ik bros de personeelscolleges, ik heb daar een goed alibi voor, maar de psychologen kunnen dat niet. Dan merk je dat die met twee dossiers zitten ... één dossier dat geen naam heeft, geen bestaansrecht, maar veel belangrijker is...'

‘M.: Daarom ga ik aan een gedetineerde die mij iets komt vertellen luisteren, maar geen namen vragen. Dan hoef ik ook niet op mijn ongemak te zijn.’

‘G.: ...die eerste psychologe die ik had, daar ben ik eerlijk tegen geweest. Die heeft daar misbruik van gemaakt ...’

Deze citaten tonen aan dat, “hoewel de gevangenis in feite voor veel gedetineerden vooral een verzorgingsinstelling is geworden, zelfs de eerste of de enige, ze toch geen therapeutische instelling is. In tegenspraak met een hardnekkig vooroordeel, bestaat er een hoog risico dat de medische activiteit door de gedetineerden zou worden gezien als sterk gebonden aan de gevangenisdwang, en dus wordt ondergaan zonder echte instemming noch volharding.¹⁶¹

Over het algemeen bestaan er dus weinig “spontane” aanvragen van gedetineerden die specifiek gericht zijn op het druggebruik, en het is vaak moeilijk om dat onderwerp ter sprake te brengen of om aan die gebruiksproblematiek te werken met gedetineerden die zich op zichzelf terugplooiën in een houding van ontkenning. Zulke houding is sterk aanwezig bij gedetineerden die met penitentiair verlop zouden mogen gaan of in aanmerking komen voor voorwaardelijke invrijheidsstelling, en ook bij verdachten die voor de Raadkamer moeten verschijnen. Inderdaad, de gedetineerde identificeert de interveniënt als iemand die vat heeft op zijn strafrechterlijke situatie, en gaat dus met hem contact opnemen om te tonen dat hij “uit zijn benarde situatie wil geraken” om aldus een attest voor hulp van buitenaf te bekomen, wat een voorwaarde is voor zijn vrijlating.

Deze beschouwingen moeten in verband gezien worden met de fundamentele kwestie van gevangenislogica tegenover zorglogica. Bij het bekijken van de rol van de zorgverstrekende instanties binnen de gevangenis doen talrijke auteurs uitschijnen dat hun actie maar authentiek kan zijn als ze onafhankelijk is van het doel en de programma’s die eigen zijn aan de instelling, in het bijzonder als het gaat over gevaar en recidive: de vraag van de patiënt en die van de openbare macht kunnen niet door dezelfde interveniënten worden behandeld zonder dat deze laatste in een dubbele, moeilijk te beheersen dwangsituatie terechtkomen^{162 163}.

We beschikken over onvoldoende gegevens om de vraag naar externe interveniënten te kwalificeren.

¹⁶¹ LHUILIER, D., SIMONPIETRI, A., VEIL, Cl., MORALES, L. ; *VIH-SIDA et santé: représentations et pratiques des personnes incarcérées*, Paris, Laboratoire de changement social, Université Paris 7, juin 1999, p. 22.

¹⁶² Zie bijvoorbeeld, FOGEL, D. ; « Traitement pénitentiaire et contrainte », *Déviance et société*, 1979, vol. 3, n°2, pp. 169-178 ; FRANCOIS, J. ; « Pour une clinique alternative en milieu carcéral », *Déviance et société*, 1979, vol. 3, n°2, pp.169-178 ; DEBUYST, C., « L’observation psychosociale avant et après jugement », in *Les interventions psychosociales dans le système de justice pénale, Rapports présentés à la 20^{ème} Conférence de recherches criminologiques (1993)*, *Recherche criminologique*, vol. XXXI, 1995, pp. 41 et s.; ROELANDT, M. ; « Justice et thérapie ou l’impossible alliance », *Prospective jeunesse*, 1996, vol.I, n° 1-2, p.13-17.

¹⁶³ De Nationale Raad van de Orde van Geneesheren nam hieromtrent een duidelijk standpunt. In haar vergadering van 30 oktober 1999 verleende de Raad, op vraag van de Minister van Justitie, zijn advies over het Eindverslag van de Commissie Internering voor herziening van de Wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij : “tenslotte wenst de Nationale Raad te benadrukken dat een strikte scheiding tussen de taken van de aangestelde deskundigen en de behandelaars aangewezen is ... De Nationale Raad kan aannemen dat een deskundige in uitzonderlijke omstandigheden “hulpverlener” wordt maar is van oordeel dat een duidelijke scheiding van deze opdrachten de regel hoort te zijn.” Tijdschrift Nationale Orde van Geneesheren, maart 2000, vol VIII, n87, p.18

Om dit punt te besluiten past het dat we nog even stilstaan bij de manier waarop de vraag van de gedetineerde haar verdere weg vindt naar het verzorgend en hulpverlenend personeel. Zoals in het kader van een sanctieprocedure, beschikken de bewaarders in dit circuit over de macht tot "filteren". M. Jaeger en M. Monceau drukken zich als volgt uit: "zo kan de schriftelijke vraag om behandeling of consultatie verstuurd worden binnen de voorziene tijd, maar ze kan ook worden onderschept, vertraagd, verduisterd, nooit aankomen, onderworpen worden aan de grillen van de tussenpersonen, of naar goeddunken worden behandeld, wat steeds mogelijk is in een gesloten milieu. De terugreis kan even avontuurlijk verlopen. De onderhandelingsruimte waarbinnen vraag en antwoord heen en weer gaan, gevolgd door de uiteindelijke realisatie, lijkt ons, meer dan andere, een betekenisvolle ruimte te zijn, (...). Meer dan om het even waar, lijkt het ons, versmelten daar intenties, opdrachten, verschillende opstelling van de betrokken beroepsgroepen".¹⁶⁴ De "sabotage" vanwege de bewaarders kan het resultaat zijn van een eerste filtering die wordt uitgevoerd om de zorgverstrekkers niet lastig te vallen met aanvragen die als niet opportuun beschouwd worden; maar die "sabotage" kan ook gericht zijn tegen de dienst aan wie de vraag wordt gestuurd, of tegen de gedetineerde zelf. We staan hier tegenover het register van "informele sancties"¹⁶⁵ waarbij de bewaarders de afhankelijkheid van de gedetineerden tegenover hen misbruiken, en inspelen op de diensten en voordelen die ze aan de gedetineerden verlenen teneinde hun medewerking te bekomen.

5.4.3 Het aanbod

De laatste jaren is de penitentiaire administratie overgegaan tot de supplementaire aanwerving van psychologen en sociale werkers, evenals een herstructurering van de medische dienst¹⁶⁶, wat laat veronderstellen dat er een verbetering is van het zorgaanbod aan gedetineerden. Parallel hiermee zien we meer en meer openheid (zij het nog steeds op timiede basis) van het gevangenis milieu voor de 'hulpbronnen' van de gemeenschap. Desondanks zijn velen het eens om het gebrek aan middelen van de medisch-psycho-sociale teams in de gevangenis aan te klagen, en meteen ook de zwakke externe interventies op het vlak van de zorgverstrekking aan gedetineerden. Deze situatie heeft vanzelfsprekend een invloed op de toegankelijkheid en de permanentie van de zorgverstrekking en de hulp aan de gedetineerden, een invloed die daarbij nog negatief versterkt wordt door de overbevolking van de penitentiaire instellingen.

Vaak worden de budgettaire grenzen ingeroepen om de gebreken te rechtvaardigen die bestaan op het vlak van de medisch-psycho-sociale zorg, en op andere vlakken zoals onderwijs of vrijetijdsbesteding, terwijl daarentegen het aankopen van apparaten voor videobewaking, of het uitbouwen van afdelingen met verhoogde veiligheid geen problemen schijnen te scheppen. Zoals A. Spiemann het bevestigt, als "de politieke wil bestaat is het zogenaamde gebrek aan financiële middelen nauwelijks een obstakel voor de beoogde hervormingen".¹⁶⁷

¹⁶⁴ JAEGER, M. et MONCEAU, M. ; op.cit., p.11.

¹⁶⁵ Zie over dit onderwerp, CHAUVENET, A., ORLIC, B., BENGUIGUI, G. ; Le personnel de surveillance des prisons, op.cit., pp. 147-148.

¹⁶⁶ Zie Directoraat-generaal Strafinrichtingen ; Jaarverslag 1998, p.143, 226-227., Ministerie van Justitie, 1999

¹⁶⁷ SPIELMANN, A. ; « Pour un contrôle efficace de l'application pratique des Règles minima pour le traitement des détenus », op.cit., p.536.

Wij gaan nu wat nader in op de acties van de medische dienst, de psychosociale dienst en de externe interveniënten.

5.4.3.1 De medische dienst

Ingevolge twee auditrapporten (het rapport Tractebel en het rapport ABC) die de opvallende onderlinge verschillen doen uitkomen van de personeelsstatuten van het medisch personeel dat wordt tewerkgesteld door de penitentiaire administratie, en meteen ook van de moeilijkheden in het beheersen van de medische uitgaven, heeft de centrale medische dienst twee acties ontwikkeld. De eerste is erop gericht om een herstructureringsplan in gang te zetten van de medische diensten van de penitentiaire inrichtingen, met name om structuren uit te werken die analoog zijn met die van de gemeenschap¹⁶⁸: organisatie van de medische-chirurgische centra naar het model van de burgerlijke ziekenhuizen; rekrutering van extra verpleegkundigen (en apothekers) in de hoedanigheid van statutaire agenten of contractuelen; terwijl andere zorgverstrekkers (artsen, specialisten, tandartsen, verpleegkundigen in kleine gevangenissen) worden gebonden door een aannemingscontract. De tweede actie betreft de scheiding, sedert 1 januari 1999, van de medische boekhouding van de rest van de boekhouding van de penitentiaire inrichtingen: dit autonoom worden zal een betere opvolging toelaten en een betere begroting van de uitgaven.¹⁶⁹

Men weet dat het Belgische gevangeniswezen de verantwoordelijkheid op zich neemt van zowel de preventieve als de curatieve gezondheidszorgen die aan gedetineerden worden verstrekt, en dat het daarvoor de volledige financiële verantwoordelijkheid op zich neemt, omdat gedetineerden namelijk van de verplichte ziekteverzekering worden uitgesloten.¹⁷⁰ "Om elke ontsparing uit te sluiten die zou kunnen samenhangen met het ontbreken van remgeld, bepaalt de centrale medische dienst de draagwijdte van de te verstrekken zorgen, per instelling en per specialiteit, teneinde de quota vast te stellen die moeten geëerbiedigd worden; de zorgverstrekkers, in een pool georganiseerd binnen elke gevangenis, hebben de opdracht om naar best vermogen de budgettaire enveloppen te beheren die hen ter beschikking worden gesteld".^{171 172}

¹⁶⁸ Directoraat-generaal Strafinrichtingen, *Jaarverslag 1998*, p. 226-227, Ministerie van Justitie, 1999.

¹⁶⁹ Voor meer details, zie DETRY, C. ; *De l'organisation des soins de santé en milieu pénitentiaire en Belgique*, Mémoire présenté sous la direction de J. MASSON en vue de l'obtention du titre de licencié en sciences de la santé publique, U.C.L., 1998-1999, pp. 39-46.

¹⁷⁰ Het K.B. van 24 december 1963 m.b.t. het algemeen reglement van gezondheidsprestaties en de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, art. 8: « Les prestations de santé définies par la loi du 9 août 1963 sont refusées tant que l'ayant droit est incarcéré dans un établissement pénitentiaire (...) » ; zie bvb. : COLARDYN, M., « L'application de la législation sociale aux détenus et aux membres de leur famille », *B.A.P.*, 1972, n°5, pp. 305. ; PIETERS, Fr., « Les détenus et les personnes à leur charge ont-ils droit à la sécurité sociale en tant que membres de la société ? », *B.A.P.*, 1983, n°1, pp.5-39 et *B.A.P.*, 1983, n°2, pp.149-175 ; in dit verband stelt het plan van januari 2000 de noodzaak, in het kader van een nuttige en humane detentie, alles « in het werk te stellen voor de normalisering van het sociaal statuut van de gedetineerden » (p. 273).

¹⁷¹ Directoraat-generaal Strafinrichtingen, *Jaarverslag 1998*, p. 227, Ministerie van Justitie, 1999.

¹⁷² De Minister van Justitie berekent, per gevangenis en eventueel intern per gevangenis, het gewoon aantal consultatie-uren per maand. De berekening gebeurt op basis van statistische gegevens en onder voorbehoud van vermindering of vermeerdering ervan naargelang de medische noodwendigheden.

"Uit de eerste evaluaties blijkt dat de quota van algemene geneeskunde en verpleegkunde toereikend zijn. De quota voor tandheelkunde zullen in de toekomst moeten aangepast worden"¹⁷³

Er zou een diepgaande studie nodig zijn om te bepalen in welke mate dit organisatietype een rem betekent op de toegang die gevangenen hebben tot een gezondheidszorg die evenwaardig is aan die van de maatschappij.

De interviews hebben verscheidene aanduidingen gegeven over de moeilijkheden waarmee gevangenisartsen dagelijks worden geconfronteerd in hun contacten met een populatie die sterk zorgvragend is. Zo lijken de verslagen van het 'CPT', opgesteld naar aanleiding van de bezoeken in 1993 en 1997 aan verschillende Belgische strafinrichtingen, momenteel nog altijd actueel in het accent dat ze leggen op het gebrek aan medisch en verpleegkundig personeel, ondanks de inspanningen die op dat vlak werden toegezegd.¹⁷⁴

Over het algemeen organiseren de huisartsen elke dag een raadpleging van één of twee uur, waar 10 tot 15% van de gedetineerden¹⁷⁵ naartoe komen en die weinig tijd laten voor het opbouwen van een op vertrouwen gebaseerde relatie. Dit probleem is echter niet alleen eigen aan de penitentiaire instellingen. In een enquête die in 1999 uitgevoerd werd door de Belangenvereniging van Antwerpse Druggebruikers (BAD) bij 108 gebruikers bleek dat bijna 40% van de respondenten onvoldoende luisterbereidheid vonden bij drughulpverleningscentra of huisartsen en dat 63% niet terecht kon bij een centrum omwille van te lange wachtlijsten.

Het gebrek aan beschikbaarheid van de arts kan nog verergerd worden door het feit dat de uren van de raadplegingen interfereren met andere activiteiten van de gedetineerden. Zo meldde een medicus :

'M.: ...soms moet een gedetineerde en voor veel drugverslaafde gedetineerden is dat een groot dilemma, kiezen tussen mij en de wandeling. Ik zit dikwijls mijn consultatie te doen op het moment dat het wandeling is...'

Deze vaststelling wordt nog verzaamd door de klachten vanwege (ex)gedetineerden die ondervraagd werden over het functioneren van de medische dienst en over de attitude van sommige artsen, (>70% van de antwoorden). Hierbij moet echter opgemerkt worden dat ook in de verslavingszorg regelmatig klachten over de medische verzorging worden geformuleerd door cliënten die in behandeling zijn, zeker in de gevallen wanneer ze niet verkrijgen (vooral medicatie) wat ze wensen.

'G.: ...er is niemand content over...'

¹⁷³ VAN MOL F. ; persoonlijke mededeling, 2000

¹⁷⁴ Raad van Europa, *Rapport au gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 au 23 novembre 1993*, CPT/Inf (94) 15, Strasbourg/Bruxelles, Conseil de l'Europe, 14 octobre 1994, pp.51 et s. ; Conseil de l'Europe, *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite en Belgique effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 31 août au 12 septembre 1997*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 3 avril 1998, pp. 52 et s.

¹⁷⁵ VAN MOL F., *Restructuration des services médicaux des établissements pénitentiaires*, s.l., avril 1996, p. 13.

'G.: Als je naar de dokter gaat, dan ga je voor een onderzoek. Dan ga je niet opdat die zomaar iets opschrijft.'

'G.: ...over de dokter hier. Of dat je nu gebruiker bent of niet-gebruiker ... die bougeert zijn achterste niet van de stoel...'

'G.: ...die is meer verbonden met zijn computer als met wie voor hem staat.'

'G.: Hij is bang om de patiënten aan te raken.'

'G.: ...dat kan beter. Dat kan zeker beter. Ik bedoel, de dokter hier, en dat is soms lachen, die wordt algemeen beschouwd als de kwakzalver. Je komt er binnen.. Oké ik kan der inkomen. Je moet zoveel gedetineerden per dag zien. Je moet dan weer een poortbriefje schrijven. En de meesten: een pilleke hier, een pilleke voor dat. Meestal gebruikers. Maar als je dan echt iets mankeert. Je komt dan binnen, hij snauwt je af: voor welke pillen komt ge nu weer zagen. Zelfs tegen mensen die totaal niet met gebruik te maken hebben...'

Trouwens, de beperkte aanwezigheid van artsen in de penitentiaire instellingen is problematisch voor de bewaarders en het verpleegkundig personeel als het gaat om het beheersen van crisissituaties (bij voorbeeld een ontwenningcrisis) en dat ondanks het opstellen van een beurtrol tussen de artsen van de "pool" van de medische dienst. Daaruit volgen aanpassingen: toevlucht van het verpleegteam tot medicamenten met of zonder voorafgaand advies van de arts, het overhandigen aan bewaarders van een medische hulpset,...

Wat het verpleegkundig personeel betreft is het gevangeniswezen overgegaan tot rekrutering van contractuele verpleegkundigen, bedoeld om gaandeweg de bewaarders te vervangen die nu als dusdanig dienst doen. Nochtans, los van het feit dat deze laatste nog niet verdwenen zijn, heeft het gebrek aan gekwalificeerd verpleegkundig personeel tot gevolg dat bewaarders deelnemen aan taken die niet binnen hun bevoegdheid liggen, zoals het uitdelen van medicatie; een ander gevolg is de onmogelijkheid om een permanentie te verzekeren voor de nachten en de weekends. Deze onmogelijkheid kan schadelijk zijn voor de gezondheid van de gedetineerden in het geval dat de eerste zorgen snel zouden moeten worden toegediend; ze kan de bewaarder ook in een moeilijk parket brengen vermits hij de verantwoordelijkheid draagt om al dan niet de arts met dienst te roepen.

Vermelden we hier ook nog de problematiek van de continuïteit van de zorgverstrekking bij het binnenkomen van een gedetineerde, bij een transfer en bij de vrijlating. Hier kan de implementatie van EPICURE soelaas brengen.

Alle binnenkomende gedetineerden ondergaan een medische controle tijdens dewelke de gedetineerde kan proberen de toelating te bekomen om een reeds lopende behandeling voort te zetten. Zulke toelating is relatief onzeker in de mate waarin er een zekere tijd kan verlopen eer de gedetineerde de gevangenisarts kan raadplegen, maar ook omdat die arts op zijn therapeutische vrijheid staat en kan beslissen om een andere behandeling in te stellen. Zo ook kan het niet doorgeven van medische informatie in geval van transfer of vrijlating hiaten in de behandeling veroorzaken. Ook hier kan de implementatie van EPICURE soelaas brengen.

Tenslotte is de opleiding van het medisch personeel een belangrijk element. Verslavingszorg is op medisch vlak een zeer gespecialiseerde materie. Ook buiten de gevangenis zijn er weinig artsen die hierin de nodige ervaring hebben. Het polidruggebruik dat tegenwoordig meer en meer voorkomt stelt nog extra eisen aan de verslavingszorg waarbij, naast heroïne, ook

specifieke programma's moeten ontwikkeld worden voor cocaïne en amfetamineverslaving. Zonder ondersteuning en specifieke training kan dan ook gevreesd worden dat behandeling van drugverslaafden in detentie een blijvend probleem is, waarbij herval en andere risico's niet onbestaande zijn.

Extra aandacht moet ook gegeven worden aan tandartspraktijken binnen detentie.¹⁷⁶

Vooraf gezien het feit dat bij problematische druggebruikers (vooral bij frequente gebruikers van cocaïne en amfetamines) problemen met de tanden zeer regelmatig voorkomen. Verschillende respondenten hadden vragen rond hygiënische aspecten zoals het ontsmetten van materiaal. Volledigheidshalve moet hier aan toegevoegd worden dat dergelijke vragen naar hygiënische tandartspraktijken eveneens leven bij cliënten uit de verslavingszorg en niet alleen binnen detentie gesignaleerd worden.

In het kader van de overdracht van bloedbesmettelijke aandoeningen zoals HIV/aids en hepatitis B en C is dit echter een belangrijk aandachtspunt.

De aankoop door de centrale medische dienst van ontsmettingsapparatuur voor tandartsen heeft deze problematiek duidelijk verkleind. Wij vermelden ook dat de centrale medische dienst, in samenwerking met externe organisaties (rijkswacht, FARE, Modus Vivendi, Free Clinic,...) studiedagen organiseert die bestemd zijn voor het verzorgend personeel (artsen, tandartsen, verpleegkundigen) over thema's als tuberculose, drugs en besmettelijke ziekten (HIV/ Aids en hepatitis).

Daarenboven werd dit personeel ingelicht over het herstructureringsplan van de medische dienst, en initiatiecurssussen in de informatica worden beschikbaar gesteld, met het oog op het gebruik van het programma EPICURE.

¹⁷⁶ VAN MOL F. (persoonlijke mededeling) : "De quota voor tandheelkunde zullen in de toekomst moeten aangepast worden omdat steeds meer gedetineerden beroep doen op de tandarts. 1. Alle tandartskabinetten werden beter uitgerust (o.a. 16 nieuwe kabinetten de laatste drie jaar). 2. Buiten de gevangenis is er een tussenkomst voor tandprothesen door de mutualiteit vanaf 50 jaar. In de gevangenis is er ook voor jonge patiënten (vb. druggebruikers) een tussenkomst van ongeveer 1/3 van de prijs, in sommige gevallen zelfs een volledige tussenkomst. Deze tussenkomst moet bijdragen tot de reïntegratie van de gedetineerde.

5.4.3.2 De psychosociale dienst

In januari 1998 werd de Sociale Dienst tot uitvoering van gerechtelijke beslissingen gesplitst: het geheel van parajustitiële taken, uitgevoerd buiten de gevangenis (probatie, sociale enquêtes en begeleiding,...) werd gegroepeerd in één enkele dienst, de Dienst voor Sociaal Werk (noemt nu Dienst Justitiehuisen)¹⁷⁷, die afhangt van het Directoraat-generaal Rechterlijke Organisatie, terwijl de interne sociale werkers in de gevangenis nu behoren tot de Psychosociale Dienst (PSD), die ressorteert onder het Directoraat-generaal Strafinrichtingen. Het gevangeniswezen heeft overigens verscheidene keren een aantal aanwervingen gedaan om de kwaliteit van het werk van de PSD te verhogen en om de werkdruk te verminderen.

De voorstelling van de PSD in het Jaarverslag 1998 toont duidelijk aan dat de psychosociale interveniënten een versterking krijgen van het instrumentarium dat hen moet toelaten om de risico's op recidive te beheersen wat trouwens bevestigd wordt in de literatuur¹⁷⁸: "Aangezien de taak van de Psychosociale Dienst erin bestaat door middel van adviezen professionele bijstand te verlenen aan de bevoegde autoriteiten en door middel van een wetenschappelijke aanpak bij te dragen tot de resocialisatie van de gedetineerden, waarbij recidive wordt beperkt en waarbij men meewerkt aan een veilige en menselijke tenuitvoerlegging van de straf, draagt deze dienst bij tot de verwezenlijking van de globale doelstelling van het Directoraat-generaal Strafinrichtingen".¹⁷⁹

Meer specifiek is de opdracht van de PSD teams ten overstaan van de gedetineerden tweeledig. Enerzijds een adviesverlening t.o.v. de bevoegde overheden, d.w.z. het opstellen van rapporten in verband met classificatie, uitgangsvergunningen, penitentiair verlof, vrijlating of verslagen naar aanleiding van mogelijke incidenten, evenals de evaluaties van uitgangsvergunningen en de penitentiare verlopen. Anderzijds een opvolging die omvat: het onthaalgesprek als de gerichte interventies (informatie, verschillende praktische handelingen), het beheer van crisissituaties in de context van auto of heteroagressief afreageren, van scheidingen of rouw, van een overheidsbeslissing, een voorlopige vrijlating uit te stellen, van medische diagnoses en dergelijke. De follow-up kan uitlopen op een behandeling op korte termijn (twee tot vijf gesprekken) of zich uitstrekken over meerdere weken, of zelfs maanden. Nochtans "onderstrepen de teams de steeds hogere eisen vanwege de autoriteiten in verband met de adviesopdrachten en de vanzelfsprekende bezorgdheid ten opzichte van plegers van seksueel geweld, ten nadele van andere categorieën die even problematische karakteristieken vertonen".¹⁸⁰ Uit de interviews blijkt trouwens dat de toenemende administratieve eisen slechts

¹⁷⁷ De interveniënten van deze dienst, de justitieassistenten, werken in de Justitiehuisen, die één voor één in elk justitieel arrondissement worden opgericht.

¹⁷⁸ MARY, Ph. ; « De l'orientation de la politique pénitentiaire à la désorientation des réformes pénales », Communication présentée à la Journée d'étude Politique pénale et pénitentiaire : idéologie et management, organisée le 18 décembre 1997, par le G.R.A.P.P., l'U.L.B. et l'U.C.L., (non publiée) ; LAPLANTE, J., Psychothérapies et impératifs sociaux. Les enjeux de la connaissance de soi , spéc. pp. 71 et s. ; KAMINSKI, D., « L'examen de personnalité comme élément d'une proposition de libération conditionnelle : limites et possibilités », *R.D.P.C.*, 1998, n°1, pp. 69-83.

¹⁷⁹ Directoraat-generaal Strafinrichtingen, *Jaarverslag 1998*, p. 35, Ministerie van Justitie, 1999.

¹⁸⁰ Directoraat-generaal Strafinrichtingen, *Jaarverslag 1998*, p. 143-144, Ministerie van Justitie, 1999.

een kleine ruimte laat voor hulpverlening. Wat meer is: de opvolging zal minimaler zijn naarmate de overbevolking een belangrijke "case load" geeft die de PSD dwingt tot louter urgentiewerk.

Deze beschouwingen tonen aan dat de gedetineerde druggebruikers maar een minimale zorgverlening krijgen toebedeeld, waardoor de actoren in het gevangeniswezen zelf bevestigen dat "verslaafden niet op hun plaats zijn in de gevangenis". Samenhangend met de niet-specificiteit van het institutionele kader zijn er nog twee andere factoren die een verklaring geven voor het feit dat gedetineerde druggebruikers slechts matig toegang hebben tot hulp van de PSD: het gaat, enerzijds, om de verkeerde beeldvorming met betrekking tot "verslaafde" gedetineerden, die sommige interveniënten hebben en die de PSD medewerkers ertoe brengt om hun tijd te besteden aan gedetineerden die voor hun functie veel dankbaarder zijn; anderzijds brengt het feit dat veel van die gedetineerden slechts tot korte straffen veroordeeld zijn de interveniënten ertoe om de vraag te stellen "of het wel de moeite loont om ook maar iets te ondernemen". Aan de andere kant hebben we reeds gezien dat de gedetineerden niet vaak bij de PSD te rade gaan voor problemen in verband met drugs, uit vrees voor gebrek aan respect voor de vertrouwelijkheid van hetgeen ze zeggen.

Nochtans hebben meerdere penitentiaire instellingen acties op het getouw gezet (sommige daarvan reeds beëindigd) op het vlak van druggebruik, acties waarbij de psychosociale teams werden betrokken¹⁸¹: interdisciplinaire denkgroepen betreffende de opvang van verslaafden, het beheer van de behandelingen met methadon, de beleving van de drugverslaafde in detentie, of het opstarten van een project gericht op het 'leven in gemeenschap', gericht op sport, opleiding en beheersing van emoties; bovendien zijn de PSD teams aangesteld in verschillende inrichtingen om de coördinatie van specifieke projecten, al dan niet in interactie met gespecialiseerde externe centra te verzekeren (zoals het 'TIMC': preventieprojecten voor lagere scholen in samenwerking met de politie).¹⁸²

Wat de vorming van het psychosociaal personeel betreft signaleren we dat, naast de onthaal- en informatiedagen, georganiseerd in het raam van de indiensttreding van nieuw aangeworven personen, het personeel de gelegenheid heeft gehad om deel te nemen aan verschillende vormingsdagen, waaronder een vorming die gericht is op de problematiek van de verslaving.¹⁸³

5.4.3.3 De externe interveniënten

Eerst en vooral hebben we zopas gezien dat de gedetineerden van bij hun aankomst in de gevangenis onder de verantwoordelijkheid vallen van de gevangenisarts voor wat de behandeling betreft die hun toestand noodzakelijk maakt. Niettemin voorziet artikel 96 R.G. in de mogelijkheid voor de gedetineerden om op eigen kosten (honoraria, onderzoeken en voorschriften) een beroep te doen op de tussenkomst van een geneesheer van hun keuze, mits

¹⁸¹Directoraat-generaal Strafinrichtingen, *Jaarverslag 1998*, p. 144, Ministerie van Justitie, 1999.

¹⁸² Het TIMC programma (« Toxicomanie et Intervention en Milieu Carcéral ») behelst een netwerk van penitentiaire en extra-penitentiaire interveniënten in de regio Rijn-Meuse-Moesel. Twee inrichtingen (Lantin et Verviers) hebben zich geëngageerd in deze structuur in samenwerking met de vzw «Praxis ». Zie ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 201-204.

¹⁸³Directoraat-generaal Strafinrichtingen, *Jaarverslag 1998*, p. 144, Ministerie van Justitie, 1999.

toelating van de directeur. De toepassing van deze bepaling wordt sterk gecontesteerd en heeft reeds meerdere gerechtelijke acties tot gevolg gehad, zelfs al beweert de administratie dat die artsen de principes, voorzien in het algemeen reglement, soepel toepassen en er zo over het algemeen in slagen om de behandeling van de gedetineerde af te stemmen op die van zijn externe arts. Zo heeft een Brusselse rechtbank, in het raam van een geschil rond de onderbreking van een behandeling met methadon als vervangmiddel¹⁸⁴, in kortgeding de Belgische Staat veroordeeld "tot het onverwijld nemen van de nodige maatregelen teneinde de eiser te doen behandelen zoals zijn eigen behandelend arts dat voorschrijft"¹⁸⁵. Een tweede bevelschrift, uitgevaardigd in dezelfde zaak, stipuleert dat "de lezing van artikel 96 duidelijk aantoonde dat de gevangenisarts in de regel het voorschrift van de externe arts zal uitvoeren. Zoniet, zou het geen enkele zin hebben om een beroep te doen op een arts van eigen keuze. Trouwens, de keuze van een eigen arts kan [door de directeur] slechts geweigerd worden om redenen van orde en veiligheid" terwijl de gevangenisarts zich kan verzetten tegen de voorschriften van zijn collega "indien, en enkel indien die voorschriften in tegenspraak zijn met de wet of met het reglement dat uitgevaardigd wordt ter uitvoering van die wet".^{186 187}

Het past om nu de rol te bekijken die gespeeld wordt door de diensten justitieel welzijnswerk, diensten die niet specifiek tussenkomen voor druggebruikers, evenals de rol van de sector die gespecialiseerd is in drughulpverlening. In wat volgt wordt geen onderscheid gemaakt tussen deze twee types van diensten, aangezien de manier waarop de aanverwante sector is gestructureerd het soms moeilijk maakt om het onderscheid te maken tussen de gespecialiseerde diensten en het "algemene" sociale welzijnswerk.

In het algemeen moet men vaststellen dat, in België zoals in de meeste Europese landen, de externe interveniënten in de gevangenissen steeds actiever worden inzake hulpverlening aan druggebruikers.

'G.: De enigste ondersteuning die hier komt zijn organisaties van buiten. Daarbuiten is er niks.'

Dit is trouwens in de meeste Europese landen het geval. O.a. in Frankrijk zijn in 170 van de 193 gevangenissen externe behandelingcentra actief als ondersteuning voor de medische diensten.¹⁸⁸ In Portugal wordt behandeling door externe drugcentra opgestart in de gevangenis en worden sommige gedetineerde druggebruikers zelfs onder begeleiding van bewaarders naar centra buiten de gevangenis begeleid.¹⁸⁹ In het Verenigd Koninkrijk werd in 1999 een bedrag

¹⁸⁴ Binnen hetzelfde gedachtengoed zien de opgesloten personen hun psychosociale begeleiding abrupt onderbroken : voor twee voorbeelden m.b.t. druggebruikers, zie het verslag van werkgroep 3, « Drughulpverlening in gevangenissen », van het Zevende Nationaal Congres, Drugbeleid 2000, 26-27 oktober 1999, Gent, Congresboek, p. 310., uitg. Maklu

¹⁸⁵ Civ. Bruxelles (référés), 20 november 1995, onuitgegeven.

¹⁸⁶ Civ. Bruxelles (référés), 20 november 1995, onuitgegeven.

¹⁸⁷ « de procedures in beroep en op derden verzet tegen deze beschikkingen werden naar de rol verwezen in afwachting van een uitspraak ten gronde. Vermits de eiser zich terugtrok werd echter nooit een eindvonnis over de grond van de zaak geveld. De beschikkingen hebben dus ook geen juridische waarde als precedent."

¹⁸⁸ FRENCH Report, 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, p. 7.

¹⁸⁹ PORTUGAL 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 29 september 1999, p. 5.

vrijgemaakt van 50 miljoen pond (meer dan 300 miljoen frank) voor het opzetten van drugprogramma's (CARAT-services) in de gevangenissen in samenwerking met externe centra.¹⁹⁰

Ofschoon het Jaarverslag 1998 van het Directoraat-generaal Strafinrichtingen, bij de opsomming van de activiteiten die specifiek gericht zijn op sommige doelgroepen, vermeldt dat verslaafden genieten "van een bijzondere aandacht in alle gevangenissen"¹⁹¹, toch blijft in België de interventie van externe organisaties in werkelijkheid relatief beperkt.¹⁹² Die beperking staat enerzijds in verband met de geografische ligging van de gevangenissen, en anderzijds met het type actie dat de externe organisaties in de gevangenis ondernemen.

Inderdaad, de geografische afstand en/of het belang van het aanverwante netwerk in de regio is bepalend voor het aanbod aan de gedetineerden of aan het lokale bestuur van de penitentiaire instelling. Er bestaan dus grote verschillen tussen de gevangenissen, waarbij de ene kan genieten van een belangrijk aanbod vanwege de aanverwante sector, en de andere geen of slechts weinig mogelijkheden heeft om dit soort van actie te ontwikkelen.

Voor wat de acties van de aanverwante sector¹⁹³ in de gevangenis betreffen, is het goed te doen opmerken dat deze sector hoofdzakelijk aan hulpverlening doet voor individuele gedetineerden. Die hulp krijgt gestalte in de vorm van therapeutische gesprekken of van psychosociale steun, maar ook door het geven van informatie over de externe hulpverleningsstructuren, met het oog op oriëntering in het kader van de voorbereiding op de vrijlating.

De informatie aan gedetineerde druggebruikers wordt gegeven door een netwerk van organisaties die actief zijn op het gebied van drughulpverlening. Het betreft hier zowel informatieve organisaties, als centra voor behandeling en nazorg.

De diensten komen tussenbeide op vraag van de gedetineerden. In sommige gevangenissen is er een informatiesysteem voor alle binnenkomende gedetineerden (bijvoorbeeld, door CAPITI in Vorst en Sint Gillis of de koepel van verschillende organisaties "In-dépendances" te Lantin)¹⁹⁴. CAPITI ontvangt de lijst van de nieuwkomers die op de 'STUP' lijst staan. De toegang van externe organisaties varieert echter enorm van gevangenis tot gevangenis en is afhankelijk van de locatie. Bijvoorbeeld in de gevangenis van Saint-Hubert, waar heel wat druggebruikers verblijven, bestaan er geen organisaties in de regio, en dus komen er geen externen in de gevangenis.

¹⁹⁰ 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. 9.

¹⁹¹ *Jaarverslag 1998*, Directoraat-generaal Strafinrichtingen, Ministerie van Justitie, p. 142, 1999.

¹⁹² Vermelden we in dit verband dat het Federaal Veiligheids- en Detentieplan van januari 2000 het noodzakelijk achtte, in het kader van een humane detentie de samenwerking met de Gemeenschappen die bevoegd zijn voor justitieel welzijnswerk te versterken (p.273).

¹⁹³ Bijvoorbeeld, De Sleutel, De Kiem, Centrum voor alcohol – en drugsverslaving, Lama, Misdrasch, Capiti, Casc,...

¹⁹⁴ Zie in dit verband BOSMANS, R. : « Bilan de 5 années de fonctionnement du groupe I.T.I. », *Les cahiers de la dépendance*, 1990, pp. 109-129 et BOLETTE, Ph. : « Le groupe 'In-dépendance' », *Les cahiers de la dépendance*, 1990, pp. 159-174.

Groepsactiviteiten daarentegen zijn veel minder frequent: het gaat om discussiegroepen en vormingssessies (over het algemeen gericht op een leven zonder drugs en/of begeleiding na de gevangenschap). Tenslotte komt druggebruik en de daarmee samenhangende risico's in het kader van detentie slechts zeer sporadisch aan bod. Daarenboven moet vastgesteld worden dat externe organisaties tot heden ten dage geen significant belangrijke rol hebben gespeeld in de penitentiaire gezondheidspolitiek.

De vraag die gericht wordt aan de gespecialiseerde aanverwante sector getuigt nochtans van het feit dat de gevangenen vragende partij zijn voor deze meer uitgebreide deelname aan de zorgverstrekking aan druggebruikers in detentie, zodat de gedetineerden kunnen genieten van gespecialiseerde en aanvullende hulp bij de acties van de PSD. Het inschakelen van de gespecialiseerde aanverwante sector brengt niet enkel diens ervaring in, maar heeft ook het voordeel dat die sector onafhankelijk is van het penitentiaire bestuur, in tegenstelling tot de PSD, iets wat van aard schijnt te zijn om de kwaliteit van de relaties met druggebruikers in detentie te verbeteren, in termen van vertrouwen voor wat het confidentiële karakter en het beroepsgeheim betreft. Een ander voordeel kan men zien in het feit dat de tussenkomsten van de aanverwante sector in de gevangenis een schakel uitmaakt naar het hernemen of verder zetten van de zorgverstrekking na de vrijlating.

Niettemin kan de aanverwante sector het voorwerp uitmaken van druk van de kant van de PSD m.b.t. het krijgen van informatie over de evolutie van de gedetineerden, wat bij deze laatste het idee zou kunnen doen ontstaan dat de externe organisaties slechts een verlengstuk zijn van de rechterlijke macht, waarvan de functie enkel maar controle is. Analyse van de relaties tussen het psychosociaal personeel van de gevangenen en de aanverwante externe organisaties toont nochtans aan dat ze zich van mekaar afsluiten. "Dat functioneren wordt gekenmerkt door een neerbuigende houding ten opzichte van mekaar en door het feit dat het gevangenispersoneel vaak het gebrek aan (of de afwezigheid van) "feed back" vanwege de externe aanverwante sector betreurt, een sector die het beroepsgeheim tot eigen voordeel gebruikt en maar een minimum aan informatie doorlaat (met name op het niveau van de verlopen). Het schijnt dat sommige organisaties nauwelijks of helemaal geen aanvragen meer krijgen vanwege de gedetineerden om reden van hun "gebrek aan samenwerking", wat zou doen veronderstellen dat de vragen van de gedetineerden in sommige gevallen gestuurd worden door het gevangenispersoneel". Trouwens, wanneer de gevangenis, in het raam van het opstarten van een specifiek regime voor druggebruikers, een beroep doet op externe interveniënten voor de zorgverstrekking, dan valt te vrezen dat de relaties vertroebeld zouden geraken. Namelijk, "door een aanpassing aan de normatieve logica van de instelling"¹⁹⁵.

Voor wat de ondersteuning van druggebruikers in de gevangenis betreft formuleren sommigen het voorstel dat het aanbod volledig en gedifferentieerd zou zijn: het gaat hier om het brede continuüm dat gaat van de preventie (gezondheidsopvoeding, technieken voor

¹⁹⁵ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, p. 165 ; voor een classificatie van de modellen m.b.t. de specifieke programmas voor druggebruikers in de Verenigde Staten, zie CASTELLANO, T.C., BECK, R. ; « A cross-classification of prison substance abuse program models ; the relevance of structural fit », *Journal of crime and Justice*, vol. XIV, n° 1, 1991, pp. 123-144.

schadebeperking) tot ambulante en residentiële hulpverlening¹⁹⁶. Een element dat nodig is voor het bereiken van dat doel is het verwezenlijken van een coördinatie tussen de verschillende organisaties en een grotere samenwerking met de gevangenisoverheden. Te noteren valt hierbij dat in Vlaanderen een werkgroep "gevangenis" van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslavingszorg" (V.V.B.V.), opgericht in 1999, de therapeutische gemeenschappen en de medisch sociale opvangcentra (MSOC) groepeerd. Aan Franstalige kant coördineert CAPITI een vijftigtal organisaties.

5.4.4 De medicatie

Het beheer van de geneesmiddelen is in een gevangenis een activiteit die zich als problematisch aandient omwille van het belang van het medicatieverbruik en omwille van de gezondheidsrisico's die kunnen voortvloeien uit het niet eerbiedigen van behandelingen of het 'wijzigen van de oorspronkelijke bestemming' van voorgeschreven geneesmiddelen

5.4.4.1 Het medicatieverbruik

Als de literatuur het fenomeen van de (over)consumptie van geneesmiddelen in penitentiaire instellingen aansnijdt, spitst ze haar aandacht vooral toe op de psychotropen waarvan het gebruik twee van mekaar afhankelijke functies vervult, de ene individueel en de andere institutioneel. In verband met de detentievoorwaarden is het niet moeilijk om zich in te beelden dat het gebruik van psychotrope geneesmiddelen gebeurt met het oog op het verminderen van het psychisch lijden van de opgesloten personen. "Maar die producten hebben eigenaardig genoeg ook een institutionele functie, want ze dragen bij tot de kalmte in de penitentiaire instelling en tot de veiligheid van het bewaardersbestand".¹⁹⁷ Zo meldde een bewaarder :

'B.: De psychiater heeft me altijd gezegd: Wat wilt ge, dat ik de medicatie naar beneden breng of dat ge een opstand wilt.'

Het is interessant om te benadrukken dat er een parallel kan worden getrokken tussen de consumptie van psychotropen en het wijdverspreide druggebruik in de gevangenis. Aangezien dit twee aspecten zijn van hetzelfde fenomeen kan de hypothese naar vóór geschoven worden van de "communicerende vaten" tussen druggebruik en de (over)consumptie van geneesmiddelen. "Die hypothese bestaat erin staande te houden dat indien de gedetineerde van de medische dienst niet iets krijgt om zijn existentieel lijden te verzachten, hij riskeert zijn toevlucht te nemen tot illegale drugs. Naast de dwang of de aansporing die de gedetineerde kan ondergaan, zou het gebrek aan toegang tot geneesmiddelen het feit kunnen verklaren dat individuele personen precies in de gevangenis drugs beginnen te gebruiken".¹⁹⁸ Zo ook kan de

¹⁹⁶ Atelier 3 : "Drughulpverlening in Gevangenis", van het Zevende Nationaal Congres, Drugbeleid 2000, 26-27 oktober 1999, Gent, Congresboek, pp. 305-316, uitg. Maklu

¹⁹⁷ JAEGER, M., MONCEAU, M.; *op.cit.*, p.10

¹⁹⁸ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr., « Régime pénitentiaire et fonctions de l'usage de drogues », in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A., FIGIEL, Ch. (red.), *La politique en matière de drogues en Belgique: développements actuels*, Actes du Cinquième congrès national *Gestion des drogues en 2000*, Gand, 5/6 novembre 1997, Antwerpen-Apeldoorn/Bruxelles, Maklu-Uitgevers/Bruylant, 1998, pp. 345-358, spéc. p. 350.

wederzijdse afhankelijkheid tussen gezondheid en veiligheidslogica leiden tot een tweede hypothese volgens welke een sterkere controle op het binnenbrengen van drugs een stijging van de geneesmiddelenverbruik tot gevolg zal hebben.

Herinneren we hier in het kort ook aan de verschillende factoren die door M. Jaeger en M. Monceau¹⁹⁹ gevonden werden en die een invloed hebben op het verbruik van geneesmiddelen: de grootte van de gevangenis²⁰⁰, het werk en de sport die het individueel verbruik doen dalen; drie bijzonder stresserende periodes (aankomst, veroordeling, nadering van de vrijlating) die een stijging veroorzaken; evenals een stijging van het verbruik die wordt toegeschreven aan de breuk in de relaties met de buitenwereld, aan familiale problemen, aan de overbevolking en aan een slechte relatie met de bewaarders.

5.4.4.2 De bevoorrading en het voorschrijven van geneesmiddelen

Momenteel bevoorraden de medische diensten van de gevangenen zich bij de centrale apotheek door middel van bestellingen die worden opgemaakt aan de hand van een formulier dat alle beschikbare geneesmiddelen vermeldt.²⁰¹ "Dat formulier is bedoeld om het voorschrijfgedrag te sturen, d.w.z. om te komen tot een optimale farmacologische therapie, gebaseerd op een beperkt aantal geneesmiddelen".²⁰² Praktisch gezien moet de arts in de meeste gevallen de geneesmiddelen voorschrijven die op het formulier vermeld staan.

Nochtans kan hij ook andere geneesmiddelen voorschrijven door een beroep te doen op een lokale privé-apotheek, maar enkel in de volgende drie gevallen:

- in verband met zeldzame aandoeningen waarvoor het geneesmiddelenformulier geen oplossing biedt;
- voor reeds begonnen chronische behandelingen waarvoor een geneesmiddel van de lijst een onzekere therapie zou betekenen;

¹⁹⁹ JAEGER, M., MONCEAU, M., *op.cit.*, pp. 33, 82, 52, 44.

²⁰⁰ De farmaceutische activiteit in de gevangenen analyserend stellen M. Jaeger et M. Monceau vast dat in kleine instellingen (en vooral in kleine arresthuizen) het gebruik van psychotropen sterk superieur is aan deze die gebeurt in grote inrichtingen : « Plusieurs explications peuvent être avancées : la taille des petits établissements rend plus facile l'accès aux soins ou permet de donner plus d'importance, d'un point de vue médical, aux manifestations les plus bruyantes des détenus, manifestations qui, dans un grand établissement, seraient plus rapidement traitées de manière disciplinaire. D'autres hypothèses peuvent aussi être avancées : l'accès plus facile aux pharmacies par les surveillants ou l'isolement du personnel infirmier qui dispose alors de consignes plus souples que dans les grands établissements où le contrôle par corps médical est plus strict » (Ibid., p.44).

²⁰¹ Vermelden we dat de structuur van bevoorrading en verdeling van medicatie, vergelijkbaar is aan deze in het leger, waar de arts verantwoordelijk is voor de medicatie die geleverd wordt aan de infirmerie van de gevangenis, in tegenspraak is met het A.R. van 21 oktober 1999 dat het K.B. van 31 mei 1885 aanpast en de nieuwe instructies goedkeurt voor artsen, apothekers en drogisten, (B.S. 1 december 1999). Om conform te zijn met deze reglementering moet er een apotheker zijn in elke inrichting. De medische dienst werkt op dit ogenblik aan een praktische oplossing.

²⁰² Directoraat Generaal Strafinrichtingen, Formulaire des médicaments, version 2 – mei 1999.

- in verband met het voorschrijven van producten die beantwoorden aan de wetgeving op de verdovende middelen.

Inderdaad, de centrale medische dienst heeft beslist dat verdovende medicamenten en aanverwante producten, met inbegrip van methadon²⁰³, niet meer zullen afgeleverd worden aan penitentiaire instellingen door de apotheek van Vorst. De arts moet nu een voorschrift opstellen op naam van de gedetineerde voor verstrekking door een lokale apotheek. We beschikken niet over voldoende gegevens om na te gaan in welke mate deze wijziging in verband met het aanschaffen van verdovende medicamenten een invloed heeft gehad op het voorschrijfgedrag.

Het voorschrijven van geneesmiddelen is de uitsluitende verantwoordelijkheid van de medische zorgverstrekkers, maar we hebben hoger gezien dat er ook geneesmiddelen worden afgeleverd die niet aan de gedetineerden werden voorgeschreven door het verpleegkundig personeel, dat blootstaat aan druk van gedetineerden of bewaarders, maar ook dat er door deze laatste rechtstreeks medicijnen worden afgeleverd.²⁰⁴ Ook al is deze praktijk illegaal, toch wordt ze beschouwd als onmisbaar voor het goed functioneren van de gevangenis.

“In de gevangenis is, zoals elders, het medisch voorschrift het resultaat van een complex proces dat de uitoefening van een competentie, een context en ethische keuzes op het spel zet: een “zeer persoonlijke wetenschap”, een “subjectieve en empirische medicatie”, vanaf het ogenblik dat men de voorafgaandelijk opgestelde therapeutische protocollen niet gebruikt. Men begrijpt dan ook dat de artsen, zelfs al zijn ze blootgesteld aan sterke druk van alle kanten (...), toch de prioriteit van het klinische herbevestigen en hun tussenkomsten in de gevangenis wat banaliseren: het voorschrijven kan objectief sterk of zwak zijn, maar het is zeker niet het resultaat van een institutionele keuze”²⁰⁵

Dat is beslist niet de mening van de gedetineerde zelf, die meestal een te gemakkelijk voorschrijfgedrag verwijt aan de artsen, ze te laks vindt, of vindt dat de artsen het zekere voor het onzekere nemend, en veeleer bekommerd zijn om de opdracht van de instelling dan om het bijstaan van hun patiënten.²⁰⁶

‘G.: In X. was dat dokter Feelgood. Die gaf alles wat ge vroeg...’

‘G.: Die gaf echt veel, maar daar waren dan ook minder drugs. Omdat een mens rustig was en iedereen kon slapen, en hier bijvoorbeeld, als je niet kunt slapen, je moet niet bellen want die geven u toch niets.’

De bewaarders daarentegen zijn meer verdeeld: “in alle gevallen, hetzij dat de artsen te dicht bij de gedetineerden lijken te staan (door te veel naar hun vragen te luisteren), hetzij dat ze integendeel te ver van hen afstaan om de negatieve gevolgen van hun voorschrijfgedrag in te

²⁰³ We moeten opmerken dat m.b.t. methadon de arts voor elke individuele gedetineerde een behandeling voor 7 dagen moet voorschrijven, met een monodosis per dag op basis van een concentratie van 1mg/ml.

²⁰⁴ JAEGER, M., MONCEAU, M., op.cit., pp. 74-77. Inspection générale des affaires sociales, Rapport sur les modalités de prescription, d’achat, de détection et de distribution des médicaments dans les établissements pénitentiaires, rapport n°91 084, 1991, p. 22.

²⁰⁵ Ibid., p.60.

²⁰⁶ Ibid., p.39.

schatten, schrijven ze te veel voor, of ze schrijven niet dié medicatie voor welke de gedetineerden nodig hebben, voor zover ze al niet blijk geven van schuldige onoplettendheid".²⁰⁷

Opvallend is dat bij een aantal ex-gedetineerden met een lange detentiecarrière regelmatig gerefereerd wordt naar een wijziging in het voorschrijfgedrag sinds de jaren tachtig. Sterke slaap en kalmeermiddelen (zoals Rohypnol®) werden in het verleden veel meer voorgeschreven

G. : 'iedereen lag plat van de pillen'

Volgens deze ex-gedetineerden hebben de wijzigingen op het stuk van het voorschrijven hun weerslag gehad op het druggebruik in de gevangenis, wat de hypothese van de communicerende vaten bevestigt. Er kan dan, hoe paradoxaal ook, gesteld worden dat de drugproblematiek minder acuut aanwezig was in het verleden omwille van de gemakkelijke bereikbaarheid van 'legale drugs'. Het, vanuit de optiek van de volksgezondheid, meer verantwoord voorschrijfgedrag van heden ten dage heeft aanleiding gegeven tot een groter gebruik van illegaal verkregen medicatie, illegale drugs en dus een verhoogd risicogedrag.

5.4.4.3 Het gereedmaken en verdelen van de geneesmiddelen

Het gereedmaken van de medicatie gebeurt door het verpleegkundig personeel of door bewaarders die hen vervangen, soms met de hulp van gedetineerden, die aldus op de hoogte zijn van de aard van de behandeling en van het ziektebeeld van hun medegedetineerden, ten koste van het vertrouwelijke karakter ervan.

Hoewel de discussie geopend is over het feit of de gedetineerden zelf voor één of meerdere dagen verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor hun eigen behandeling, toch gaan nog veel instellingen over tot het in vloeistof oplossen van de geneesmiddelen.

'G.: De medicatie wordt niet in de hand gegeven, ze is verpulverd en is in een bekertje water, zodanig dat ge ze niet kunt opsparen.'

Een verslag van de 'Inspection Générale des Affaires Sociales' (Frankrijk) heeft nochtans geleid tot de volgende besluiten: de oplossing in een vloeistof wordt verondersteld veilig te zijn omdat ze verhindert dat geneesmiddelen worden opgeslagen, met alle eventuele gevolgen van dien (zelfmoordpogingen, handel in geneesmiddelen). Maar die praktijk leidt tot grote onzekerheid over de kwaliteit en de veiligheid van de therapie".²⁰⁸ De daarop uitgebrachte kritiek luidt als volgt: het vermengen van verschillende geneesmiddelen, een te kleine hoeveelheid water, vooraf bereidingen zonder inachtneming van farmacologische of bacteriologische regels, een verminderde doeltreffendheid van een geneesmiddel, wat dan weer wordt gecompenseerd door een hogere dosis, het verwijderen van het beschermend omhulsel wat neerkomt op een ontwaarding van het product dat sneller wordt blootgesteld aan de invloed van de enzymen van het spijsverteringsstelsel. Kortom, deze praktijk komt neer op een verlies aan autonomie bij de

²⁰⁷ Ibid., p.88.

²⁰⁸ Inspection générale des Affaires sociales, Rapport sur les modalités de prescription, d'achat, de détention et de distribution des médicaments dans les établissements pénitentiaires, rapport n°91 084, 1991, p.37.

patiënt of aan inspraak van de patiënt in zijn eigen behandeling.²⁰⁹ De vraag is dus of het wel opgaat om deze praktijk vol te houden, praktijk die therapeutisch gezien schadelijk is in de mate waarin haar efficiëntie om het doel te bereiken, namelijk het beperken van de kans op opslag en verhandeling, sterk in vraag wordt gesteld, want de bewaarders respecteren doorgaans de verdelingsprocedure niet en de spitsvondigheid van de gedetineerden om de verdelers om de tuin te leiden kent geen grenzen.

Momenteel probeert de centrale medische dienst om de praktijk aan te moedigen die erin bestaat om de geneesmiddelen uit te delen zonder ze op te lossen en ze in de cellen te doen verdelen door een verpleegkundige, eventueel vergezeld door een bewaarder of een dienstdoende gevangene. Dit gebeurt op een individueel schaalte waarop de geneesmiddelen voor die dag staan. Nochtans zorgen de terughoudendheid van sommige directies en personeelsleden, én het gebrek aan verpleegkundig personeel ervoor dat in veel gevangenissen de geneesmiddelen, met uitzondering van methadon, verscheidene keren per dag bedeed worden door de sectiebewaarder. Iedereen gaat akkoord om te zeggen dat de regel die voorschrijft dat een agent moet waken op het inslikken van de geneesmiddelen, niet systematisch wordt gevolgd, (70% van de gedetineerden, 50% van de bewaarders en het medisch personeel). Vaak wordt het "potje" gewoon in de cel achtergelaten.

'G.: Dat doen de kwartierheffen tussen hun dagtaak door. Dat moet rap, rap gebeuren. Er is dus weinig tot geen controle bij het innemen....'

'B.: Het zijn de verpleegkundigen die de medicatie klaar maken. De verdeling gebeurt door de verpleegster, als zij aanwezig is, met de bewaarder naast haar. En wanneer de verpleegster niet aanwezig is, gebeurt dit door de bewaarder zelf.'

Twee beweegredenen worden ingeroepen om het niet respecteren van het reglement goed te praten: het tijdsgebrek, maar vooral de noodzaak om de orde in de afdeling te bewaren, hetgeen leidt tot de dubbele dwang waaraan de bewaarder blootstaat. Inderdaad, deze laatste wordt heen en weer geslingerd tussen het respect voor het reglement (en dus de - zij het minimale - controle op het gebruik, het opslaan en het verhandelen) en het onderhouden van een zo probleemloos mogelijke relatie met de gedetineerden.

De risico's gelieerd aan deze wijze van medicatiebedeling zijn evident. Als voornaamste kan het opsparen van medicatie vermeld worden met twee mogelijke consequenties; enerzijds een verhoogd risico op overdosis, anderzijds een verhoogde kans dat medicamenten hun weg vinden in de illegale handel. Vooral medicamenten zoals slaapmiddelen, pijnstillers, benzodiazepines, ... zijn daarbij zeer gegeerd.

In een aantal penitentiaire instellingen worden medicamenten (zoals Valium® en Lexotan®) opgelost in water vooraleer ze verdeeld worden. In hoeverre deze werkwijze de bovenvermelde effecten neutraliseert kon niet aangetoond worden in de interviews.

Een ander aspect dat gemeld werd en totaal onverantwoord is betreft het achterhouden van voorgeschreven medicatie, al dan niet voor privé doeleinden. Niet alleen wordt op deze manier

²⁰⁹ Sommige van deze kritieken werden aangebracht door de bevroagde interveniënten, andere werden gevonden door JAEGER, M. et MONCEAU, M.: op.cit., pp. 66-70.

een therapeutische behandeling ondermijnd, maar wordt eveneens een klimaat van wantrouwen gecreëerd dat het functioneren van de diensten bedreigt. Zo meldde een arts :

'M.: ... ik krijg voortdurend mensen over de vloer die reclameren 'gisteren had ik weer mijn pillen niet'. Dan denk ik: dat verdwijnt misschien. Je hebt er geen kijk op. En dan denk ik: ben ik daarvoor verantwoordelijk? Als ik daarvoor verantwoordelijk ben, dan zou ik in kolere moeten zeggen: ik schrijf hier niets meer voor, want ik heb geen garantie dat die medicatie goed bedeed wordt...'

5.4.4.4 De ontwenning

Eén van de bekommernissen van de medische dienst is het beheersen van de ontwenningssverschijnselen waaraan gebruikers blootstaan bij hun aankomst in de gevangenis. De gedetineerden krijgen meestal een medicamenteuze behandeling die bestaat uit een mengeling van meerdere geneesmiddelen ('cocktail'), die verschillend kan zijn naargelang het voorschrijfgedrag van elke arts.

'M.: Dat is een combinatie: Tranxene, vitamines B, Buscopan, Depakine. Depakine is alleen als ze ooit melding maakten dat ze epileptische toevallen hebben gedaan. Of iemand die bijvoorbeeld heel veel Lexotan erbij neemt en stopt. En dan ook die Dominal Forte voor 10 dagen.'

'M.: Ik ben geen winkelier die zegt: en wat zal het voor madame zijn? Een Lexotan of heb je liever een Tranxene? Ik kan u de Tranxene aanbevelen want die zijn in aanbidding vandaag.'

Nochtans spreekt men graag over een "plotse en algehele ontwenning" en de bewaarders, zoals overigens ook andere interveniënten, zeggen dat dergelijke behandelingen niet steeds de ontwenningssverschijnselen behandelen zoals het zou moeten. Nochtans kunnen deze symptomen ook ontstaan in de loop van de detentie, als gevolg van een verder gezet gebruik, of zelfs van een initiatie in het druggebruik tussen de gevangensmuren.

5.4.4.5 De behandelingen met vervangingsmiddelen

De procedures m.b.t. behandeling en substitutieprogramma's variëren sterk binnen de lidstaten van de Europese Gemeenschap. In Zweden is geen methadononderhoud voorzien in de gevangenissen (de regelgeving van het Zweeds Methadon Programma stipuleert een detoxificatie van methadon in het geval van opsluiting), in Italië en Griekenland is behandeling enkel beschikbaar voor gebruikers die reeds in een methadonprogramma waren voor hun opsluiting. Sommige landen geven enkel substitutiemedicatie in korte afbouwschema's en geen methadononderhoud behalve voor HIV seropositieve heroïnomannen die in tritherapie zijn. In Denemarken, Schotland, Spanje en Nederland zijn zowel degressieve als onderhoudsprogramma's met methadon beschikbaar voor de meeste gedetineerden.²¹⁰

Globaal kan gesteld worden dat de Belgische penitentiaire politiek m.b.t. de gezondheid van druggebruikers zich richt op onthouding. Na een raadpleging van huisartsen en psychiaters in de loop van de maanden mei en juni 1995, heeft de centrale stuurgroep een zeker aantal

²¹⁰ 2nd Annual Report, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons, Bonn-Marseille, may 1998, p. 28-29

richtinggevende principes opgesomd²¹¹ die als leidraad dienden bij het opstellen van het ontwerp van omzendbrief. Vertrekkend van het idee dat “de strijd tegen de drugs in de gevangenissen gericht moet blijven op ontwenning, begeleiding en motivering van de druggebruikers, de strijd tegen de drughandel, de vorming van het personeel en een constructieve benadering van het probleem door het aanbieden, aan de gevangenen, van werk, sport en ontspanningsmogelijkheden”, en dat “dit aanbod een gunstig klimaat schept voor therapeutische programma’s waarin de externe hulp ter begeleiding van de verslaafde na zijn detentie, ingeschakeld kan worden”²¹², wordt bevestigd dat “in principe een onderhoudsbehandeling met methadon niet aangewezen is in het penitentiaire milieu. De binnenkomende gedetineerden die reeds een behandeling met methadon ondergaan, worden behandeld in het raam van een snel degressief programma van maximaal drie weken”²¹³.

Daarenboven kunnen grote verschillen vastgesteld worden in het beleid dat door de ‘pool’ van de medische dienst zelf per gevangenis gevoerd wordt.

Zo kan in bepaalde gevangenissen een methadonbegeleiding voor heroïnenamen verder gezet worden bij binnenkomende gedetineerden wanneer er confirmatie is van de externe behandelende arts. Deze voortzetting gebeurt dan meestal in een afbouwschema van enkele weken. Anderen ontkennen deze vorm van behandeling echter compleet, methadon is een taboeonderwerp. Het opstarten van een methadonprogramma gebeurt hoogst zelden in de gevangenis.

Deze situatie toont aan dat er een reëel conflict bestaat tussen de repressieve logica van de gevangenis en de logica van de volksgezondheid. : ... het huidige strafbeleid op het vlak van de substitutiebehandeling verduistert helemaal de effecten van die behandeling in termen van verbetering van de gezondheid en houdt reële risico’s in. Inderdaad, het werd meermaals vastgesteld dat gestabiliseerde methadonpatiënten opnieuw hervallen in heroïnegebruik wanneer de methadon wordt stopgezet.²¹⁴ Lopende behandelingsprogramma’s van externe drugcentra, die soms al jaren duurden, kunnen op die manier in korte tijd ‘vernietigd’ worden.

²¹¹ Alle geraadpleegde artsen waren voorstanders van methadon in een afbouwschema van 10 dagen tot 3 weken. Enkel de geneesheer antropoloog van de gevangenis van Antwerpen vervolgde het merendeel van de methadononderhoudsprogramma’s die buiten waren opgestart. Drie gevallen kunnen worden onderscheiden: zwangere vrouwen; HIV seropositieven waarvan verwacht wordt dat ze verder heroïne zullen gebruiken in de gevangenis en binnenkomende gedetineerden waarvan men denkt, na contactname met de behandelende arts, dat ze hun heroïnegebruik vermindert hadden voor hun detentie, dankzij de methadonbehandeling en die psychotherapeutisch gevolgd werden. We kunnen hier aan toevoegen dat de arts er aan dacht om een onderhoudsprogramma met methadon op te starten voor gedetineerde heroïnenamen voor hun vrijlating om aldus de moeilijke overstap naar de vrijheid te vergemakkelijken. Deze arts had een relatief geïsoleerde therapeutische praktijk, de verlenging van de behandeling met methadon stootte op enkele moeilijkheden, vooral in het geval dat een gedetineerde getransfereerd werd naar een andere instelling.

²¹² *Traitement de substitution à la méthadone dans les établissements pénitentiaires*, Document de travail, s.l.n.d., p.5, we onderlijnen

²¹³ *La drogue dans les établissements pénitentiaires. Un problème pour chaque détenu et chaque membre du personnel*, s.l.n.d., p.4., we onderlijnen.

²¹⁴ SHEWAN, D. et al.; *Evaluation of the Saughton drug reduction program*, Main Report, Central research unit, Edinburgh, 1994; SHEWAN, D., GEMMEL, M. et DAVIES, J.B.; « Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons », *Soc. Sci. Med.*, 1994, vol.39, n°11, pp.1585-1586.

Er werden trouwens talrijke bewijzen geleverd van de efficiëntie van een substitutiebehandeling met methadon in de maatschappij, namelijk in termen van het terugdringen van de sterftcijfers bij heroïneverslaafden²¹⁵, van het terugdringen van het heroïnegebruik²¹⁶, van het terugdringen van de criminaliteit²¹⁷ en van het terugdringen van de transmissierisico van HIV en hepatitis.²¹⁸ Nochtans, als men een evaluatie wilt doen van de efficiëntie van een onderhoudsbehandeling met methadon in de gevangenis, dan is het goed dat te doen in verband met de doelstellingen van het programma, die niet noodzakelijk dezelfde zijn als die van een behandeling in de maatschappij. Inderdaad, de penitentiaire instellingen die dit soort behandeling kennen hebben zich er rekenschap van gegeven dat het objectief van het terugdringen van recidive en dus van de terugkeer in de gevangenis, geen echt aangepaste doelstelling was. Zij hebben hun onderhoudsprogramma's aangepast aan meer realistische doelstellingen zoals de continuïteit van de zorgverstrekking of het verminderen van het aantal injecties, en daardoor het aan mekaar doorgeven van injectienaalden en de transmissie van HIV en hepatitis.

In een grondige studie reveleren K. Dolan en A. Wodak²¹⁹ hoe doeltreffend en efficiënt zulke behandeling in de gevangenis wel is; ze doen dat op basis van verschillende studies. Die studies hebben de volgende effecten aangetoond:

-Een vermindering van het aantal insputtingen in vergelijking met een controlegroep, op voorwaarde dat de gedetineerden behandeld worden voor de gehele duur van hun gevangenschap, en daaruit voortvloeiend een verminderd risico op transmissie van HIV.²²⁰

-Een vermindering van het druggebruik²²¹ hangt samen met een vermindering van geweld in de gevangenis en met een vermindering van de criminaliteit na de vrijlating²²².

²¹⁵ CAPLEHORN, J.R.M., DALTON, M.S., CLUFF, M.C. and PETRENA, A.M.: « Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death », *Addiction*, 1994, n°89, pp.203-207.

²¹⁶ GOTTHEIL, E., STERLING, R.C. and WEINSTEIN, S.P.: « Diminished illicit drug use as a consequence of long term methadone maintenance », *Journal of addictive diseases*, 1993, vol.12, n°4, p.45.

²¹⁷ NEWMAN, R.G., BASHKOW, S. and CATES, M.: « Arrest histories before and after admission to a methadone maintenance program », *Contemporary drug problems*, Fall, 1973, pp.417-430.

²¹⁸ BLIX, O. and GRONBLADH, L.: « AIDS and IV heroin addicts : the preventive effects of methadone maintenance in Sweden », *Drug and alcohol dependence*, 1981, n°7, pp.249-256 ; DOLE, V.: « Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome epidemic », *JAMA*, 1989, pp.1681-1682 ; CAPLEHORN, J. and ROOS, M.: « Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing », *The international journal of the addictions*, 1995, vol.30, n°6, pp.685-698 ; KERNDT, P., WEBER, M., FORD, W., PREVOTS, R., LEHMAN, S.: « HIV incidence among injection drug users enrolled in a Los Angeles methadone program », *JAMA*, 1995, vol.276, n°23, p.41 ; METZGER, D.S., WOODY, G.E., Mc LELLANA, Th., O'BRIEN, Ch.P., DRULEY, P., NAVALINE, H., DEPHILIPPIS, D., STOLLEY, P., ABRUTYN, E.: « Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment : an 18 month prospective follow-up », *Journal of acquired immune deficiency syndrome*, 1993, n°6, pp.1049-1056.

²¹⁹ DOLAN, K. and WODAK, A.: « An international review of methadone provision in prisons », *Addiction Research*, 1996, vol. 4, n°1, pp.85-97.

²²⁰ DOLAN, K.: « The reduction of risk behaviour amongst drug users in methadone maintenance treatment in NSW », *Presentation at the Australian and New Zealand Society of Criminology's 10th Annual Conference*, UNSW, Sydney, 27-30 september 1994 ; HEFEZ, S.: « L'impact des politiques de réduction de risques. Analyse de 'Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users - SERPONI et al.' », *Transcriptase*, 1994, n°30, pp. 20-21.

²²¹ Studies brengen naar voor dat de meerderheid van de tests aantonen dat de gedetineerden geen, niet-voorgescreven drugs consumeren : GORTA, A., « Monitoring the NSW prison methadone program : a review of the research 1986 - 1991 », *Research publication department of Corrective Services*, publication n°25 ; SHEWAN, D., MACPHERSON, S., REID,

Die behandeling heeft ook een invloed op het klimaat in de gevangenis. Inderdaad: men heeft een vermindering vastgesteld van angstgevoelens bij de bewaarders, te danken aan het feit dat de gedetineerden die met methadon worden behandeld minder prikkelbaar zijn en dus makkelijker te begeleiden.²²³ Sommige van de ondervraagde bewaarders hebben ons overigens gezegd dat ze minder spanning ondervinden in hun omgang met de gedetineerden. Trouwens, er werd geen enkel conflict gesignaleerd tussen de behandelde gedetineerden en de anderen, en er werd geen enkel bewijs voorgelegd van de ontwikkeling van een zwarte markt van methadon.²²⁴

5.4.5 Preventie

In dit deel geven we geen overzicht van het geheel aan preventiemaatregelen maar enkel van de wijze waarop het opsporen van besmettelijke ziekten in de gevangenis gebeurt, en van de toegangsmogelijkheden van de gedetineerden tot gezondheidsopvoeding en tot informatie over de risico's op transmissie van besmettelijke ziekten. Wij hebben trouwens reeds de problematiek aangehaald van de behandeling met vervangingsmiddelen terwijl de specifieke preventiemiddelen bij druggebruik, seksualiteit en lichaamsversieringen tegelijk behandeld zullen worden met de analyse van deze gedragingen in de gevangenis.

5.4.5.1 Opsporingsmogelijkheden

Bij aankomst in de gevangenis worden alle gedetineerden onderworpen aan een medisch onderzoek. De test voor opsporing van HIV wordt niet systematisch aangeboden, maar enkel aan gedetineerden die als lid van een "risicogroep" worden beschouwd tijdens het medisch onderzoek bij aankomst. De omzendbrief van 5 juli 1985, gericht aan de directeurs van de strafinrichtingen, stipuleert: *"De artsen, verbonden aan de strafinrichtingen, wordt opgedragen om verdachte gevallen binnen de risicogroepen te selecteren teneinde hen aan een bloedproef te onderwerpen"*²²⁵. Dit algemeen schrijven werd op 6 september 1985 op de volgende manier aangevuld: *"Een bloedproef die tot doel heeft om besmettelijke ziekten op te sporen kan niet worden opgelegd aan gedetineerden die weigeren er zich aan te onderwerpen."*

M. and DAVIES, J.B., *Evaluation of the Saughton drug reduction programme*, Main Report, Central Research Unit, Edinburgh, 1994.

²²² BERTRAM, S. and GORTA, A.; *"Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community"*, Evaluation on the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program Study n°8, Research Publication department of corrective Services, Publication n°21, 1990.

²²³ HERZOG, C., FASNACHT, M., STOHLER, R. and LADEWIG, D.; «Methadone substitution as an AIDS-preventive measure in the prison environment», Paper presented at the *European Symposium on drug addiction and AIDS*, Siena, Italy, 1993, october 4-6 ; MAGURA, S., ROSENBLUM, A., LEWIS, C. and JOSEPH, H.; «The effectiveness of in-jail methadone maintenance », *Journal of drug issues*, 1993, vol.23, n°1, pp.75-99.

²²⁴ BERTHAM, S.; *Results of gaols urinalyses update : july - december 1989*, Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-release Methadone Program, Study n°10, Research and Statistics division, 1991.

²²⁵ Directoraat-generaal Strafinrichtingen; Algemene brief (I/XII); 5 juli 1985.

*Daartegenover staat dat zulke bloedproef moet worden toegelaten bij elke gedetineerde die erom vraagt”...*²²⁶

De risicocriteria worden niet duidelijk bepaald. Worden over het algemeen als risicocriteria beschouwd: druggebruik, prostitutie, homoseksualiteit en afkomst uit landen met een hoog endemisch karakter.

Er bestaat geen procedure van geïnformeerde toestemming ('informed consent'). Overigens is het niet zeker dat individuen die als risicopersonen worden beschouwd, een echt duidelijke keuze zouden krijgen. In een informatieve nota die uitgaat van de sociale dienst - informatie aan druggebruikers in detentie - (Vorst en Sint Gillis) kan men het volgende lezen: ...”Overigens kan het gebeuren dat de arts, in uw eigen belang, beslist van u de test te doen ondergaan. Als u behoort tot een risicogroep, d.w.z. als u bekend staat als intraveneus drugsruiter of als homoseksueel of als prostitué(e) of als het bekend is dat u talrijke wisselende seksuele partners hebt of als u uit het buitenland komt (meer bepaald een Afrikaans land), dan zult U in elk geval worden getest.”²²⁷

Elke gedetineerde kan zelf een Aids-test aanvragen, hetzij omdat hij hem niet werd voorgesteld, hetzij omdat hij hem eerder geweigerd heeft. Ook hier blijkt nochtans dat de gedetineerden slecht worden geïnformeerd over deze mogelijkheid, of zelfs over hun recht om in het algemeen een opsporingstest te vragen.

M: “Ik denk dat de dokter dat zou doen als men het hem vraagt”

B: “De gedetineerden kunnen een opsporingstest vragen (AIDS, hepatitis). Soms vragen ze dat aan de arts.”

Vermits de opsporing niet aan iedereen wordt voorgesteld, zullen de personen aan wie de test niet wordt voorgesteld, wel aarzelen om dat te vragen, uit schrik dat het vermoeden zou rijzen dat er een risico op seropositiviteit bestaat, of dat ze een niet officieel bekende verslaving hebben.

De opsporing gebeurt over het algemeen zonder dat vóór de test enige raad ('counseling') wordt gegeven. De persoon die een test heeft ondergaan wordt geïnformeerd. Als die persoon binnen de vijftien dagen geen nieuws krijgt, is de test negatief. Bij bevestiging van een seropositieve test wordt het resultaat meegedeeld door de gevangenisarts. Deze arts geeft ook raad na een positieve test. Een negatieve test wordt naderhand niet gecontroleerd. Er wordt dus geen rekening gehouden met een mogelijke incubatieperiode. In principe kan de gedetineerde zulke controle zelf aanvragen. Het blijkt nochtans dat deze slecht wordt geïnformeerd over die mogelijkheid.

De opsporingstests voor hepatitis worden minder vaak uitgevoerd dan die voor HIV, hoewel de prevalentie van hepatitis hoger is. De geldende procedures inzake hepatitis zijn nog minder gedefinieerd dan degene die moeten dienen om HIV op te sporen.

²²⁶ Directoraat-generaal Strafinrichtingen; Algemene brief (2/XII); 6 september 1985.

²²⁷ DANTINE. AIDS. Informatieve nota aan gedetineerden. Ploeg U.L.B. Informatie aan toxicomanen in gevangenschap.

Tenslotte moeten we opmerken dat het vertrouwelijke karakter van de testresultaten regelmatig conflicten geeft tussen de medische dienst en de bewaarders. Inderdaad, de bewaarders wensen in het algemeen te weten welke gedetineerden seropositief zijn, omdat ze (onterecht) denken dat ze daardoor hun eigen beroepsrisico's op besmetting kunnen verminderen. Zij voelen zich dan ook onbegrepen door de medische dienst die zich (terecht) achter het medische beroepsgeheim verschuilt en dergelijke informatie niet meedeelt.

'B.: Een goede doorstroming voor het personeel, een goed protocol voor de medische dienst en een goede samenwerking met de dokter. Zodat wij op de sectie weten wie besmet is en wie niet.'

Door enkele (ex)gedetineerden (3 meldingen) werd trouwens melding gemaakt van misbruiken in dit verband.

'G.: ... mijn getrokken tand bleef bloeden en roept die cipier door de gang naar de verpleging 'je moet dringend komen want X. blijft bloeden en die heeft hepatitis C. Dat is toch godverdomme geheim. Maar d'er is hier een verpleger die graag roddelt denk ik.. hoe kunnen ze dat anders weten... Een andere verpleger vond dat trouwens ook schandalig.'

Deze uittreksels uit de interviews onthullen een "vrees voor besmetting die onvoldoende in aanmerking wordt genomen vanuit het standpunt van diegenen die dagelijks met de gedetineerden in contact staan."²²⁸

In het kader van het debat over de vraag of de medische dienst in bepaalde omstandigheden het beroepsgeheim niet zou moeten verbreken en de bewaarders en/of de directie inlichten over de identiteit van gedetineerden die door een ziekte besmet zijn (met het oog op de bescherming van het personeel tegen besmettingsgevaar)²²⁹, hebben sommigen²³⁰ niet gearzeld om de stelling te verdedigen volgens dewelke de arts ertoe gehouden is om het gevangenispersoneel en de directie te verwittigen als een gedetineerde seropositief blijkt te zijn. Zij baseren zich daarbij verkeerdelijk op het Koninklijk Besluit van 1 maart 1971 inzake het voorkomen van besmettelijke ziekten.²³¹

²²⁸ JAEGER, M., MONCEAU, M. ; *op.cit.*, p.91; de auteurs verwijzen naar twee studies die dit schrikfenomeen bij de bewaarders hebben onderzocht : GOLDBERG, M., GOLDBERG, P., DAVID, S., DASSA, S., MARNE, M.J., LANDRE, M.F. ; *Etude sur la santé et les conditions de travail des personnes de l'administration pénitentiaire ; aspects épidémiologiques*, INSERM, Unité 88, 1992 ; AYMARD, N. et LHUILIER, D. ; *Sécurité et identité professionnelle des personnels de surveillance*, Paris, GERAL, 1993.

²²⁹ We moeten hierbij opmerken dat deze discussie niet alleen in de gevangenis aan de orde is. Inderdaad, het medisch korps bespreekt de problemen die Aids stelt voor de omgeving van de zieke, en het debat richt zich op de vraag in welke mate het opportuun zou zijn om het principe van het beroepsgeheim te actualiseren teneinde bepaalde moeilijkheden voor de gemeenschap onder ogen te zien. (MATHIEU, G. ; « Sida et droit pénal », *Rev.sc.crim.dr.pén.comp.*, 1996, n°1, spéc. p.94.) .

²³⁰ PIETERS, F. ; « Het jaar van het virus : aids-virus dragers in de Belgische gevangenissen », *Panopticon*, 1986, n°6, pp. 558-562, spéc. p.565.

²³¹ K.B. van 1 maart 1971 houdende de preventie van besmettelijke ziekten. M.B., 23 april 1971. Er wordt nogal wat kritiek geleverd op dit standpunt : enerzijds wordt vastgesteld dat noch AIDS, noch HIV in de lijst van de besmettelijke ziekten die verplicht moeten worden aangegeven, werden opgenomen. Anderzijds is de toepassing per analogie van een strafrechtelijk bekrachtigd koninklijk besluit moeilijk te verdedigen. (Vansweelvelt, Th. *Le Sida et le droit". Une étude de droit de la responsabilité et de droit des assurances*, trad. H. BOUQUET, P. DE CLERCK, Anvers/Bruxelles, MAKLU Uitgevers/Bruylant, 1990, p.48, n°36).

Daartegenover staat dat R. Jürgens en N. Gilmore²³², in een grondige studie, overduidelijk hebben aangetoond dat, in het algemeen, de bewering volgens dewelke het personeel de vertrouwelijke inlichtingen over de gedetineerden zou moeten kennen om zich te beschermen, niet gerechtvaardigd is omdat de verspreiding van die gegevens enkel maar tot gevolg zou hebben dat de bewaarders zich gerustgesteld zouden voelen, zonder ze daadwerkelijk te beschermen. Enkel een houding die erin bestaat om te veronderstellen dat elke gedetineerde besmet kan zijn (vooral omdat slechts weinigen van hen een opsporingstest hadden) en een algemene toepassing van de procedures en de regels m.b.t. de bescherming, kan een preventie van de kans op besmetting betekenen. Daarenboven kan de breuk tussen het medisch beroepsgeheim en mededeling van de inlichtingen aan het personeel het vertrouwen verstoren van de gedetineerden tegenover de medische dienst, en bepaalde perverse gevolgen hebben, zoals bijvoorbeeld dat minder gedetineerden een opsporingstest zullen vragen of besmet blijken.

Niettemin laat de regel van het medisch beroepsgeheim enkele uitzonderingen toe. In toepassing van de theorie over waardeconflicten, wanneer men wordt geconfronteerd met tegenstrijdige waarden die beide bescherming verdienen (privé-leven van de gedetineerde/gezondheid van het personeel of mede-gedetineerden); komt het erop aan om een zekere waardeschaal in acht te nemen en de voorkeur te geven aan één waarde, ten nadele van de andere.²³³ Zo kan dergelijke informatie verspreid worden "als, in bijzondere gevallen en na evaluatie van elk geval afzonderlijk, het vaststaat dat zulke verspreiding nodig is om belangrijke schade te voorkomen, en als er geen minder ingrijpende of beperkende maatregel is die hetzelfde resultaat kan bereiken".²³⁴ Dat zal bijvoorbeeld het geval zijn als het medisch personeel er weet van heeft dat een gedetineerde iemand zou willen kwetsen op een manier die deze persoon zou blootstellen aan het virus, of als een seropositieve gedetineerde ermee dreigt om seksuele agressie te plegen, of dat vroeger reeds heeft gedaan.

Om dit punt te besluiten herinneren wij eraan dat, indien men de verspreiding van besmettelijke aandoeningen in de gevangenis wil voorkomen, het van wezenlijk belang is om het personeel en de gedetineerden te informeren over de te nemen voorzorgen en om hen de middelen ter beschikking te stellen om dat ook werkelijk te doen.

²³² JÜRGENS, R., GILMORE, N. ; « Prisons, SIDA et divulgation de renseignements médicaux. Analyse juridique et éthique », *Criminologie*, 1994, vol. XXVII, n°2, pp.127-163.

²³³ LAMBERT, P. ; « Enfants maltraités et toxicomanes dans la polémique du secret professionnel », in *Secret professionnel. Quand le silence condamne ? Médecins et juristes, une collaboration impossible ? ou Toxicomanies et enfants maltraités dans la problématique des secrets professionnels*, R.D.P.C., 1990, n°4, pp.311-315.

²³⁴ JÜRGENS, R., GILMORE, N. ; *op.cit.*, p.155.

5.4.5.2 De bereikbaarheid van vormingen en informatie m.b.t. gezondheid: kennis van de risico's

Educatief materiaal en informatiebrochures zijn weinig of niet aanwezig. Uit de antwoorden van de respondenten blijkt ook dat gezondheidsvoorlichting in bijna alle gevangenissen afwezig is.

'G.: Oh nee, wij hebben nooit voorlichting gehad. Niet over aids, laat staan hepatitis of iets anders. De directie gaat ervan uit dat er niet gebruikt wordt in de gevangenis. En dus is er ook geen risico voor besmetting.'

'G.: Op onze sectie zaten met mij erbij, drie met hepatitis C. En dat is een gezamenlijke keuken...En gelijk in Antwerpen, daar hangt dat uit: scheermesjes die gebruikt zijn.... maar hier is dat niet. Hier krijg je geen brochure van dat zijn de gevaren, wat je in Antwerpen wel hebt.'

'G.: Ik weet niet hoe je dat krijgt. Ik heb al eens gehoord dat je aids kunt krijgen van op een koude vloer te zitten. Maar anders...nee...'

Wanneer materiaal aanwezig is, is het meestal beschikbaar bij de verpleegkundige dienst of bij de PSD. Ook externen staan soms in voor de verspreiding. In Antwerpen neemt bijvoorbeeld het Justitieel Welzijnswerk daar een actieve rol in, in de gevangenissen van Vorst en Sint Gilles zorgt Capiti ervoor dat alle binnenkomende gevangenen informatie krijgen.

In het Franstalig landsgedeelte is er een brochure van Modus Vivendi genaamd 'En vogue la galère' beschikbaar. Deze brochure richt zich vooral naar druggebruikers en handelt over risicogedrag, HIV/aids, hepatitis, TBC en SOA's. Deze brochure wordt in een aantal gevangenissen verspreid. In Vlaanderen is er op dat niveau een gelijkaardige brochure van Free Clinic in voorbereiding, maar, gezien het gebrek aan financiële middelen, nog niet beschikbaar.

Dat er wel degelijk een positief effect kan uitgaan van informatiecampagnes is afleesbaar aan de reacties op de affiches ter preventie van HIV en hepatitis die in de secties van de Antwerpse gevangenis uithangen. Deze affiches werden ontwikkeld door justitieel welzijnswerk Antwerpen, op vraag van de bewaarders, na een training over besmettelijke aandoeningen door Free Clinic.

Dat het ontbreken van dergelijke informatie en gerichte gezondheidstraining echter het aantal risicogedragingen, puur door onwetendheid, in de hand werkt mag duidelijk zijn.

5.4.6 Besluit

Er werden verschillende elementen onderkend die een beperking betekenen van de toegang van gedetineerden tot een hulp en een zorg die gelijkwaardig zou zijn aan die welke buiten de gevangenis worden verstrekt, en dat niettegenstaande de inspanningen om hun medisch-psycho-sociale verzorging te verbeteren. We vatten ze hierna samen.

De overbevolking in de gevangenissen en de toename van de gezondheidszorgen, een gevolg van de gezondheidsproblemen van de gevangenispopulatie en van het strafrechterlijk beleid tegenover druggebruikers; zijn allemaal aspecten die in de eerste plaats een rem betekenen op de toegang tot de zorgverstrekking, des te meer omdat de medische middelen en de medische aanwezigheid onvoldoende zijn.

Verder lijkt het erop dat de gedetineerden een sterke vraag uitspreken naar medicatie, en veel minder geneigd zijn om psychosociale hulp te vragen bij de gevangenisdiensten. De hierbij aangehaalde motieven hangen samen met een stuk wantrouwen in verband met de betrouwbaarheid, wat zijn oorsprong vindt in het feit dat de PSD, behalve een hulpfunctie, ook een adviesopdracht heeft in het raam van de procedures betreffende de uitvoeringsmodaliteiten van de vrijheidsberoving (wat trouwens een groot deel van zijn tijd opsloopt).

We hebben eveneens gezien dat de rapportaanvragen van de gedetineerden door de handen gaan van de bewaarders die een filtering kunnen doorvoeren en maar een deel van de aanvragen ter bestemming kunnen laten komen.

M.b.t. de medische dienst hebben we gezien dat de penitentiaire administratie de zorgen financiert die aan gevangenen worden verstrekt. Dit kan een rem betekenen op de toegang tot de zorgverstrekking, namelijk in de mate waarin de uitgavenquote werden vastgesteld naar de specificiteit van elke instelling. Trouwens, er werden klachten geformuleerd tegen de houding die sommige artsen aannemen tegenover de gedetineerden, en er werd twijfel geuit over de voorzorgen op hygiënisch vlak die sommige tandartsen nemen. Wat meer is, het personeelsgebrek brengt een zeker aantal negatieve effecten met zich mee: een zeer korte consultatietijd, een afwezigheid van verpleegkundig personeel 's nachts en in het weekend, de deelname van de bewaarders aan het bereiden en het verdelen van de medicatie, de moeilijkheden om dringende situaties aan te kunnen. Men kan ook de vraag stellen of de artsen die in de gevangenis werken opgeleid zijn of de nodige gespecialiseerde kennis hebben die nodig is met betrekking tot de zorgverlening aan sterk afhankelijke druggebruikers. Tenslotte is de continuïteit in de zorgverstrekking een probleem, zowel bij het binnenkomen in de gevangenis als bij een overplaatsing of bij een vrijlating.

Anderzijds, ook al zijn de externe interveniënten steeds meer actief in hun hulp aan druggebruikers in de gevangenis, toch blijft hun deelname zeer beperkt, en ze verschilt sterk naargelang de betrokken instelling.

Op het vlak van de geneesmiddelenverstrekking hebben we gezien dat de praktijk van het oplossen van medicatie in vloeistof onzekerheid meebrengt voor wat de kwaliteit van de therapie betreft. Welke ook de verdelingswijze van geneesmiddelen is, er bestaat steeds een risico wat betreft het opslaan van geneesmiddelen (gebruik van medicatie voor de handel, overdosis). Trouwens, het lijkt erop dat de artsen een meer verantwoordelijke houding hebben aangenomen inzake het voorschrijven van medicatie, wat echter een verhoging van illegaal druggebruik met zich meebrengt. Er kunnen verder nog twee elementen aangestipt worden: de ondersteuning, met medicatie, van de ontwenningverschijnselen, bestrijdt de symptomen niets steeds afdoende en het penitentiair beleid dat betrekking heeft op de behandeling met vervangingsmiddelen neemt de gunstige effecten in termen van de volksgezondheid niet steeds in aanmerking, zoals bijvoorbeeld het verminderen van het gebruik en de frequentie van het injecteren, het reduceren van het sterftcijfer bij heroïneverslaafden,...

Om dit overzicht te besluiten stippen we aan dat de opsporingstest, op vraag toegankelijk voor alle gedetineerden, slechts wordt voorgesteld aan de zogeheten "risicogroepen", waarbij sommige elementen toelaten om te veronderstellen dat die gedetineerden niet steeds hun toestemming voor de test mogen uitspreken. Tenslotte zijn educatief materiaal en

informatiebrochures inzake gezondheid veeleer schaars in de strafinrichtingen, hetgeen risicogedrag uit onwetendheid kan meebrengen.

Tenslotte moet aangestipt worden dat de beschrijving van een "geneeskunde aan de lopende band"²³⁵, of het feit dat de gevangenis niet tot opdracht heeft om zieken te genezen, maar enkel om te voorkomen dat personen in vrijheid worden gesteld met een minder goede gezondheid dan bij hun aankomst, voor sommigen geen beletsel is om te beweren dat "de gevangenis verzorgt". Inderdaad, ondanks de gebreken en de moeilijkheden om de zorgverstrekking binnen de gevangenis te organiseren, laat deze een zorgverlening toe aan opgesloten individuele personen die "waarschijnlijk niet het idee zouden hebben gehad, noch de middelen of de mogelijkheden om medische voorzieningen te raadplegen indien ze niet in de gevangenis waren beland".²³⁶

Deze situatie wordt in het bijzonder onderstreept voor intraveneuze druggebruikers die de gevangenschap beleven "als een verplicht *toegangsmiddel tot zorgverstrekking* en tot het opnieuw gezond worden. Dààr maakt men kennis met een gecontroleerde ontwenning (...); dààr vinden ze een bepaald ritme terug van slaap en voeding; dààr wordt een 'stand van zaken' opgemaakt, gebeuren er analyses, en vaak wordt de seropositiviteit dààr ontdekt".²³⁷ Europese experts nemen die stellingname over door te beweren dat *voor talrijke gedetineerden*, die marginale druggebruikers zijn, de gevangenis een kans betekent om toegang te hebben tot gezondheidszorgen en dus moet worden beschouwd als een strategische plaats om informatie te verstrekken over risicogedrag en om duiding te geven op het vlak van de gezondheid.²³⁸

²³⁵ DENIS, C. ; « Des prisonniers interdits de santé ? », *Tonus*, 1988.

²³⁶ EMMANUELLI, X., ESPINOZA, P. ; « Le sida derrière les barreaux », *Le Monde*, 19 juin 1991.

²³⁷ TOUZE, S., BOUHNİK, P. ; « La prison : un espace-temps intégré au système de vie des usagers de drogues dures par voie intraveineuse, *Journée d'animation sida, système judiciaire et milieu carcéral*, Paris, A.N.R.S., pp. 12-16, we onderlijnen.

²³⁸ FRENCH Report, 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 septembre 1999, p. 14-16.

5.5 BESLUIT

Het geheel van de uiteenzettingen die voorafgaan heeft ons toegelaten om een zeker aantal risico's voor de gezondheid te belichten, en dit in samenhang met verschillende facetten van het penitentiair beleid, zoals de detectie en de sancties, het regime, de behandeling en de vorming van het personeel. De tussentijdse besluiten zijn de plaats waar die risico's werden samengevat; we komen er hier niet meer op terug.

We wensen veeleer om onze beschouwingen over het penitentiair beleid (m.b.t. drugs) te besluiten met een bemerking van strafrechterlijke aard, die toelaat om onze beschouwingen in hun context te plaatsen. De tendens naar vermenschlijking en naar opening van het gevangenisinstituut, waaraan bijgedragen wordt door de verbetering van de detentievoorwaarden of van de gezondheidszorgen voor de gedetineerden, moet ons niet doen vergeten dat de "positieve hervormingen" in werkelijkheid slechts oppervlakkige veranderingen zijn die bijdragen tot legitimatie en reproductie van het systeem.²³⁹

Inderdaad, het mislukken, sinds 150 jaar, van hervormingspogingen "toont aan dat deze tenslotte maar een reeks oppervlakkige pogingen zijn, duidend op het feit dat de behandeling in functie stond van de heersende ideeën op dat domein. De overgang van die definitie van het discussieniveau naar de uitvoering ervan zou tenslotte maar een secundair probleem zijn in de mate waarin de doelstelling van zulke veranderingen er naar gericht is om de altijddurende logica van de gevangenis te legitimeren, met name het steeds bereikte doel van neutralisering en straf".²⁴⁰ Met andere woorden, het debat "verlaat het terrein van de doelen voor dat van de middelen. Niet meer het waarom van de gevangenis, maar het hoe van de gevangenis. De hervorming legitimeert het instituut tezelfdertijd als zij het instituut toelaat om zichzelf te hervormen".²⁴¹

Voor sommigen moet men het risico op onsamenhangendheid en recuperatie erbij nemen, terwijl men toch de oriëntering naar hervorming toe bewaart, een oriëntering die het principe benadrukt van de minimale interventie van het strafrechterlijk systeem. We citeren hier enkel maar M. Foucault, wiens opinie duidelijk is: "De gevangenis terugdringen, het aantal gevangenisvennissen verminderen, het gevangenisstelsel veranderen, alle onwettige dingen aan de kaak stellen die daarbinnen kunnen sluipen... Dat is niet slecht, dat is zelfs goed, dat is zelfs noodzakelijk".²⁴²

²³⁹ Zie vooral BUFFARD, S. ; « Y a-t-il une évolution de la prison ? Réflexion du groupe multiprofessionnel de Lyon sur les questions pénitentiaires », *D.S.*, 1977, vol.1, n°2, pp.203-208.

²⁴⁰ MARY, Ph. ; « Prison et droits de l'homme : resocialisation des détenus ou resocialisation de la Justice pénale ? », *R.D.P.C.*, 1990, n°7, p. 736.

²⁴¹ ROTH, R. ; « Prison-modèle et prison symbole : l'exemple de Genève au XIX^e siècle », *D.S.*, 1977, vol.1, p. 393.

²⁴² FOUCAULT, M. ; Conférence publique au colloque *Alternatives à la prison*, Université de Montréal, 1976, texte inédit, cité par PIRE, A.P. ; « La réforme pénale et la réciprocité des droits », *Criminologie*, 1991, vol. XXIV, n°1, p.97.

6 GEDRAG DAT RISICO'S KAN GENEREREN IN DE GEVANGENIS

6.1 INLEIDING

Dit deel van het rapport is gewijd aan de impact die opsluiting heeft op het gebruik van drugs, meer in het bijzonder op de individuele gedragingen die een risico kunnen inhouden voor de gezondheid, met specifieke nadruk op de transmissierisico's voor besmettelijke aandoeningen, maar met uitsluiting van bijvoorbeeld de risico's die gelieerd zijn aan de consumptie van tabak en alcohol. Nadat de motieven van (verder) gebruik in de gevangenis zijn besproken, zullen we de risico's bespreken die kunnen voortvloeien uit dit gebruik, evenals de risico's die gelieerd zijn aan seksueel gedrag, tatoeage, piercing en het delen van persoonlijk hygiënisch materiaal. Het lijkt ons belangrijk om op te merken dat druggebruik, net zoals seksueel gedrag of tatoeages en piercing, op zich geen risicogedrag is. De risico's zijn eerder gelieerd aan bepaalde specifieke aspecten van deze gedragingen. Daarenboven zullen we dieper ingaan op de mogelijkheden die, in het kader van de preventie van besmettelijke aandoeningen, ter beschikking zijn van de gedetineerden.

Tenslotte dient opgemerkt dat studies over risicogedrag in gevangenissonderzoek onderhevig zijn aan specifieke moeilijkheden. Er kan van uitgegaan worden dat risicogedrag regelmatig ondergeschoord wordt door de respondenten aangezien men peilt naar activiteiten die zowel legaal als sociaal niet acceptabel zijn.

6.2 DRUGGEBRUIK

6.2.1 Motivatie voor gebruik: de waarde die de gedetineerde hecht aan gebruik

Er kunnen verschillende factoren weerhouden worden die door de (ex)gedetineerden aangehaald worden om hun verder druggebruik in de gevangenis te verantwoorden.

Ten eerste is er de groep voor wie druggebruik een 'levenswijze' is. Zij beschouwen druggebruik voor zichzelf als een natuurlijk en fundamenteel gedrag en het feit dat ze (tijdelijk) opgesloten zijn weerhoudt hen niet om te proberen hun gebruik zo veel mogelijk verder te zetten in detentie. Detectie en sancties hebben weinig tot geen invloed op hun zoektocht naar en het gebruik van drugs in de gevangenis. Gebruik wordt immers beleefd als onvermijdelijk en noodzakelijk.

Ten tweede wordt door heel wat respondenten de verveling aangehaald als één van de belangrijkste factoren. Druggebruik ('het in een roes verkeren') laat aldus de tijd voorbijgaan en vermindert de verveling.

Buiten verveling wordt druggebruik ook beleefd als een goede manier om te kunnen omgaan met de detentie en de specifieke eisen van het (harde) leven in de gevangenis. Respondenten melden een constante nood om 'stoned' te zijn om het dagdagelijkse gevangenisleven beter

aan te kunnen. Ze gebruiken alles wat beschikbaar is, of het nu illegale drugs zijn of medicatie is. Politoxicomanie is dan ook geen onbekend verschijnsel in detentie. Dit wordt trouwens bevestigd in een Franse studie.²⁴³

Bepaalde crisissituaties zijn daarbij een extra risicofactor. Slecht nieuws, geweld, rechtspraak, ... zijn momenten die door respondenten vermeld worden om (extra) te gaan gebruiken.

Druggebruik in detentie wordt eveneens aangewend om onthoudingseffecten tegen te gaan. Dit gebeurt vooral in de eerste weken tot maanden na de opsluiting, en dus overwegend in arresthuizen. Langdurige slaapstoornissen ten gevolge van opiatenonthouding wordt daarbij geciteerd als reden voor drug en medicatiegebruik. Een kwalitatieve Engelse studie bevestigt dat slaapstoornissen een belangrijk element zijn m.b.t. het gebruik. Respondenten verantwoorden hun gebruik omdat ze het gevoel hadden dat ze 'dubbele tijd' deden door hun slapeloosheid. Los van onthoudingsverschijnselen werden angst, depressie, verveling en de onmogelijkheid om fysieke activiteiten te doen allemaal gescoord als factoren die slaapstoornissen tot gevolg hadden en druggebruik in de hand werkten.²⁴⁴

6.2.2 Druggebruik en mogelijk risicogedrag

6.2.2.1 Initiatie tot gebruik

Dat een belangrijk percentage van de populatie gedetineerden bestaat uit druggebruikers werd reeds verschillende keren vermeld. Globaal wordt aangenomen dat ongeveer 50% van de gedetineerden een drugverleden hebben. De gedrag en gezondheidsrisico's die gelieerd zijn aan het continueren van druggebruik in de gevangenis worden verder besproken. De aandacht gaat nu in de eerste plaats naar gedetineerden die binnen detentie beginnen te gebruiken, m.a.w. de groep die een risico loopt om als gebruiker de gevangenis te verlaten wat onder geen beding kan begrepen worden als een geslaagde rehabilitatie.

Er zijn weinig tot geen epidemiologische data beschikbaar die indicaties geven over het percentage gedetineerden dat begint te gebruiken in de gevangenis. Ofschoon wordt aangenomen dat ongeveer 10% van de niet-gebruikende gedetineerden gebruikers worden in detentie kon dit niet bevestigd wegens gebrek aan onderzoeksgegevens. De enige concrete verwijzing betrof een onderzoek in Malta bij een gevangenispopulatie van 240 personen; men veronderstelde dat 12 gedetineerden (5%) voor het eerst drugs hadden gebruikt tijdens de detentie.²⁴⁵

²⁴³ 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, p. 9.

²⁴⁴ TURNBULL P., STIMSON G., STILLWELL G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.

²⁴⁵ 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 september 1999, p.6.

In de interviews zijn wel verschillende aanwijzingen te vinden die duiden op beginnend gebruik tijdens de detentie.

‘G.: ...het is iets wat ik persoonlijk heb meegemaakt. Buiten is er een onwetendheid hoe je aan drugs geraakt, of je doet het om te experimenteren. Terwijl ik in de gevangenis veel mensen naar drugs zie grijpen die daarvoor helemaal niets met drugs te maken hadden. Ook zwaarder spul. En die niet wisten waar ze mee bezig waren. Die dat alleen maar pakten om uit die stresswereld te zijn, of die het gevangenisstelsel niet aankonden. Echte vuilbakken, die alles pakten om gedrogeerd te raken...’

‘G.: ... ik heb mensen in de gevangenis zien binnen komen die nooit iets met drugs te maken hadden gehad en die dan als junkies buiten gingen...’

‘G.: Ja, ik weet veel mensen die dus eigenlijk niets gebruikten, die er niks van moesten weten. Maar door de opsluiting zagen ze dus wat wij gebruikten en dan wilden ze dat ook proberen en tegelijkertijd plakten ze er ook ineens aan. En zeker als je nog een lange straf moet doen.’

‘G.: ...ik zal U zeggen, mijn origine –nu niet vershieten- van mijn gebruik, van mijn probleem waar ik nu mee zit, dat is in de gevangenis begonnen. Door gewoon niks ...verveling, stress en niet geholpen worden..’

‘G.: Bijvoorbeeld, er komt één binnen bij mij op cel en ik heb heroïne en ik rook. En die zit dat niet of die wordt curieus. Meestal curieus...want alles is hier wat dichter. Begrijp je...’

‘B.: Ja, daar ik zo’n idee over. Ik denk voor wat plezier, om het gedacht van de gevangenis te vergeten...’

‘B.: Omdat veel jongens geen ruggengraat hebben en enorm beïnvloedbaar zijn. En ook om erbij te horen. Een soort machogedrag.’

Heel wat respondenten, zowel (ex)gedetineerden als bewaarders, bevestigen dus dat beginnend gebruik geen zeldzaamheid is. De meeste hierboven vermelde citaten geven ook duiding op de risicofactoren die dit beginnend gebruik in de hand werken. Opvallend is dat daarbij verschillende factoren worden aangehaald die ook door gebruikers zelf als motivatie naar voren wordt geschoven voor hun verder druggebruik in de gevangenis, namelijk drugs maken het gevangenisregime beter hanteerbaar. Met name het verdrijven van stress, verveling, leegte, vluchtgedrag, ... Bij individuen waarbij de detentie een plotse wijziging teweegbrengt in hun sociale leven (vb. werkverlies, familieverlies) kan de depressie die hiermee gepaard gaat het risico van beginnend druggebruik extra verhogen. Het ontbreken van legale drugs (met name alcohol of medicatie) kan hierbij een extra beïnvloedende factor zijn.

Anderzijds is ook het gevoel van ‘erbij te horen’ een belangrijk aspect. In de uitspraken hier gaat het over een vrijwillige keuze om te beginnen (vb. solidariteit met celgenoten). Onder de paragraaf die gewijd werd aan geweld tussen gebruikers en niet-gebruikers²⁴⁶ werd de problematiek van gedwongen gebruik reeds aangehaald.

Samenvattend kan gezegd worden dat een detentie een reëel risico vormt om hetzij vrijwillig, hetzij gedwongen te beginnen met druggebruik. Druggebruik wordt beleefd als een manier om gemakkelijker met een gevangenisregime om te gaan. Wegens gebrek aan epidemiologische

²⁴⁶ Zie hoofdstuk 4: 4.3.3. de verschillende vormen van geweld en hun effecten

data is het onmogelijk om te bepalen hoe groot de groep niet-gebruikers is die druggebruiker wordt in de gevangenis.

6.2.2.2 Herval / Stoppen

Onderzoek en indicaties uit de interviews duiden erop dat herval in de gevangenis geen onbekend fenomeen is. Hierbij moet een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds ex-heroïnegebruikers die een medicamenteuze substitutiebehandeling volgen (overwegend methadon) en anderzijds ex-gebruikers zonder één of andere behandeling bij hun aankomst in de gevangenis.

Vooraf bij de eerste groep is de kans op herval erg groot. In het deel dat gewijd werd aan de medicamenteuze behandeling²⁴⁷ werd reeds aangehaald dat er, net zoals in vele Europese landen, geen éénduidige methadonpolitiek is in de Belgische penitentiaire instellingen. In situaties waarbij een gesubstitueerde gebruiker terechtkomt in een gevangenis waar hij geen methadon krijgt verhoogt de kans op herval alleen al om de ontwenningverschijnselen tegen te gaan. Hetzelfde fenomeen kan zich voordoen na een kortdurend afbouwschema van methadon. We hebben al gezien dat, naast directe onthoudingsverschijnselen, ook langdurige slaapstoornissen bij opiatenonthouding vermeld wordt als een belangrijke reden voor druggebruik in detentie. Het is dus logisch te veronderstellen dat een grote meerderheid van de opiaatverslaafden zullen hervallen wanneer de substitutiebehandeling wegvalt.

Bij ex-gebruikers zonder behandeling wordt vooral het beter kunnen omgaan met het gevangenisregime geciteerd dan motivatie om te herbeginnen met gebruik. Het is dan ook vergelijkbaar met de redenen die hierboven reeds werden aangehaald bij beginnende gebruikers.

‘G.: Ja, ik was clean binnen gekomen. Maar ja, als je zo’n hele dag op je cel zit...dus ik dacht ‘foert’. Er is hier een wachtlijst van 75 man. Nu ben ik de 76^{ste} om werk te hebben. Dus verveling...en om dan weg te vluchten, pak ik maar...’

‘G.: Je peinst minder, je hebt problemen aan je kop waar je liever niet aan peinst. Een hele dag weed, dat is een goede oplossing. En voor mij is het ook een deel om af te kicken. Da’s een belangrijk punt..’

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.

Hoe gemotiveerd ook, een volledige abstinentie lijkt vrij moeilijk in een gevangenissetting, wat ook bevestigd wordt in buitenlandse studies. ‘De gevangenis kan niet beschouwd worden als een ideale omgeving voor een individu om te stoppen met gebruik’²⁴⁸ ‘Geen enkele van de

²⁴⁷ Zie hoofdstuk 5.4.4. De medicatie

²⁴⁸ 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, p. 6.

respondenten had volledig kunnen onthouden gedurende hun verblijf in de gevangenis²⁴⁹ Enkel in een Engelse studie werd, en dan hoofdzakelijk onder cannabisgebruikers, stoppen van het gebruik signaleerd. Dit had dan te maken met het systeem van Mandatory Drug Testing (MDT) en het verlies van privileges en extra straf dat ermee gepaard gaat. Het waren overwegend jonge gebruikers die stopten. Uit een andere Engelse studie bleek echter dat onthouding zeer moeilijk was gezien de combinatie van beschikbare producten gekoppeld aan het gebrek aan ondersteuning.²⁵⁰

Vooraf de laatste bemerking, namelijk de beschikbaarheid van producten in de gevangenis en het ontbreken van gerichte medische en psychosociale ondersteuning voor verslaafden, lijkt een abstinentiemodel binnen detentie te bemoeilijken.

Samenvattend kan een gevangenis beschouwd worden als een omgeving die herval in de hand werkt en volgehouden abstinentie moeilijk tot onmogelijk maakt.

6.2.2.3 De gebruiksmodellen

We zullen hier volgende vragen aansnijden: welke drugs worden gebruikt in de gevangenis, met welke frequentie en in welke hoeveelheden.

6.2.2.3.1 Welke drugs

Uit onderzoek en de eigen interviews blijkt dat cannabisproducten de meest gebruikte drugs zijn binnen penitentiaire settings. Cannabis wordt regelmatig omschreven als de 'beste gevangenisdrug'. In een kwalitatieve Engelse studie bevestigden 36 op 44 respondenten dat cannabis de meest gebruikte drug was in detentie²⁵¹, gevolgd door heroïne. Dit werd bevestigd in een Franse studie²⁵² bij 1.212 gedetineerden in vier Franse gevangenissen met een gemiddelde deelname van 62% tot 87% per instelling. 26% bevestigde cannabis te hebben gebruikt tijdens de detentie, op de tweede plaats kwamen heroïne (7%) en substitutiemedicatie (Subutex® en Temgesic®) eveneens met 7%. In een Nederlandse studie bij 91 gedetineerden²⁵³ antwoordde 45% van de respondenten dat cannabis de meest gebruikte drug was, gevolgd door methadon (22%), cocaïne (11%); heroïne (9%) en andere drugs (9%). Een onderzoek in 1989 in de gevangenis van Antwerpen besloot, op basis van urinetesten bij gedetineerden die

²⁴⁹ FRENCH Report, RESSCOM survey, 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 septembre 1999, p. 11.

²⁵⁰ ENGLISH Report, (Edgar et al) (Turnbull et al), 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.

²⁵¹ TURNBULL P., STIMSON G., STILWELL G. ; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.

²⁵² 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 septembre 1999.

²⁵³ BIELEMAN B., LAAN R. van der; Stok achter de deur; onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden; Bureau IntraVal, Groningen, 1999.

reeds twee maanden in detentie verbleven, dat er geen aantoonbare vermindering was van 'soft drugs' in vergelijking met de screening die gebeurd was bij aankomst, namelijk 51% van de gecontroleerde personen.²⁵⁴

Ook in de eigen interviews werd bevestigd dat cannabisproducten de meest gebruikte drugs zijn in Belgische gevangenissen. Twee redenen worden daarbij frequent geciteerd. Enerzijds is cannabis de meest beschikbare drug, anderzijds wordt het gebruik subjectief beleefd als de meest relaxerende drug. Ook diegenen die in de buitenwereld andere middelen gebruiken geven aan cannabis te gebruiken in detentie.

De belangrijkste factor die cannabisgebruik doet dalen ligt besloten in het plaatselijke beleid. In Nederland wordt gebruik van zogenaamde 'soft drugs' gedoogd in de gevangenis²⁵⁵. In Engeland daalde het cannabisgebruik sinds de invoering van de Mandatory Drug Testing (MDT) in 1996. Het aantal positieve urinetests daalde van 19.9% in 96/97 naar 16.5% in 97/98 en verder naar 14% voor 98/midden 99.²⁵⁶ Het percentage positieve tests voor andere producten daalde significant minder, het feit dat sporen van cannabis veel langer detecteerbaar zijn in de urine kan daar een reden voor zijn. Een gevolg van de MDT was wel dat onderzoek eveneens een verschuiving naar hardere producten (heroïne) aantoonde met alle risico's eraan verbonden. Een lers onderzoek gaf eveneens indicaties over een verschuiving van cannabis naar heroïnegebruik, nadat er een verscherpte controle gebeurde tijdens het bezoek.²⁵⁷ En in Malta werden, in een systeem van gedwongen urinecontroles op een 'maximum security' sectie, bij 9 op 15 gedetineerden sporen aangetroffen van heroïne en cocaïnegebruik.²⁵⁸

Zoals reeds vermeld werd ²⁵⁹is er ook in Belgische penitentiaire instellingen een groot verschil in het plaatselijke beleid t.o.v. cannabisgebruik, gaande van een niet-officieel gedogen tot sancties met eventuele vervolging via het parket en extra straf. In gevangenissen waarbij het laatste systeem systematisch gevolgd wordt, kan gevreesd worden, en indicaties uit de interviews duiden in die richting, dat er bij bepaalde gedetineerden eveneens een verschuiving gebeurt naar zwaardere producten.

In dezelfde Engelse ²⁶⁰ en Franse studies²⁶¹ kwam naar voren dat, na cannabis, heroïne of zijn substituten (methadon, Temgesic®, Subutex®) de meest populaire gevangenisdrugs zijn ('ze

²⁵⁴ 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.

²⁵⁵ 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.

²⁵⁶ 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.

²⁵⁷ O'MAHONEY, P.; Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile, Department of Justice, 1997.

²⁵⁸ 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.

²⁵⁹ Zie Hoofdstuk 5, 5.2 De "strijd" tegen het druggebruik.

²⁶⁰ TURNBULL P., DOLAN K., STIMSON G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.

geven een goede "high") samen met benzodiazepines ('verdooft de geest'). Stimulerende producten zoals cocaïne en amfetamines zijn minder gegeerd gezien hun effecten worden beleefd als minder aangepast aan opsluiting ('teveel opgefokt'). Uit de Nederlandse studie van 1999²⁶² bleek echter dat cocaïne met 11% hoger scoorde dan heroïne (9%). Dat methadon met 22% op de tweede plaats stond heeft te maken met het feit dat methadonprogramma's beschikbaar zijn in Nederlandse detentie. Algemeen wordt aangenomen, en onderzoek bevestigt dit, dat cocaïne de meest gebruikte bijdrug is voor gesubstitueerden. Dat cocaïne dus hoger scoort dan heroïne kan mogelijk daardoor verklaard worden. Anderzijds werden ook in de interviews indicaties gevonden dat in Belgische gevangenen producten zoals cocaïne, speed en ecstasy aan populariteit winnen, terwijl er geen methadononderhoudsprogramma's bestaan. Een verklaring daarvoor kan mogelijk gevonden worden in het feit dat polidruggebruik meer en meer maatschappelijk wordt vastgesteld, dat m.a.w. meer en meer polidruggebruikers in detentie terechtkomen wat wijzigingen in de vraag en dus ook in het aanbod kan geven. Dat deze verbreding van middelen de nodige repercussies op het vlak van de veiligheid en de gezondheid teweegbrengt is evident en werd reeds in de marge aangehaald.

Onder 'beschikbare producten' werd reeds melding gemaakt dat medicatiegebruik (overwegend benzodiazepines) eveneens zeer gegeerd is binnen detentie. Zoals hierboven aangehaald werd dit ook bevestigd in de Engelse en Franse studies. Eén van de besluiten in het Frans rapport voor de Pompidou Groep stelt zelfs: 'de gevangenis leidt tot een massale consumptie van psychoactieve medicatie'²⁶³, en dat sommige gevangenen – vooral vrouwen - een verslavingsproblematiek van benzodiazepines opliepen in de gevangenis.

Gedetineerden met een ernstige verslavingsproblematiek, en vooral intraveneuze gebruikers, gebruiken zowel buiten als in de gevangenis significant meer producten. Dit wordt ook bevestigd in de ORS PACA studie in vier Franse en zeven gevangenen in andere landen.²⁶⁴ We moeten echter betreuren dat deze studie heroïne niet in rekening bracht.

²⁶¹ 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 septembre 1999.

²⁶² BIELEMAN B., LAAN R. van der; Stok achter de deur; onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden; Bureau Intraval, Groningen, 1999.

²⁶³ FRENCH Report, 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 septembre 1999, p. 15.

²⁶⁴ FRENCH Report, 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 septembre 1999, p. 8.

Tabel 7: Druggebruik voor en tijdens detentie

<i>Product</i>	<i>Percentage gedetineerden dat het product gebruikte in het jaar voor de detentie</i>	<i>Percentage gedetineerden dat het product gebruikte in de gevangenis</i>
<i>Cocaine</i>	18% (56% IVD)	7% (26% IVD)
<i>Crack</i>	3% (13% IVD)	2% (9% IVD)
<i>Cannabis</i>	37% (73% IVD)	26% (55% IVD)
<i>Ecstasy</i>	9% (25% IVD)	3% (14% IVD)
<i>Amfetamines</i>	6% (21% IVD)	3% (13% IVD)
<i>LSD, tripmiddelen</i>	7% (21% IVD)	3% (13% IVD)
<i>Subutex[®], Temgesic[®]</i>	8% (42% IVD)	7% (35% IVD)
<i>Methadon</i>	2% (12% IVD)	1% (4% IVD)

'Pakken wat er te krijgen is' is blijkbaar het motto onder deze groep, wat ook bevestigd wordt in de interviews. Redenen die worden aangehaald zijn deels het tegengaan van onthoudingsverschijnselen en deels een permanente zoektocht achter een 'roes' als eigenheid van hun levenskeuze. Ook personen die een tijdelijke crisissituatie beleven in detentie hebben de neiging gedurende die periode op zoek te gaan naar alle mogelijke beschikbare producten. De norm is dat men in eerste instantie probeert de favoriete drug van buiten te consumeren in de gevangenis, maar bij niet beschikbaarheid zal men substituten gebruiken. Er is dus, in detentie, steeds een risico tot polidruggebruik aanwezig.

Samenvattend kan gezegd worden dat cannabis de meest populaire gevangenisdrug blijft, waarbij het gebruik eerder gelieerd is aan plaatselijke regimefactoren. 'Downers' (zoals heroïne en benzodiazepines) blijven populair, al zijn er indicaties dat ook 'uppers', net als in de buitenwereld, aan een opmars bezig zijn binnen 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 ge diversifieerd gebruik in detentie.

6.2.2.3.2 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 ²⁶⁵ stemmen overeen met de 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. De meeste drugs zijn dus regelmatig aanwezig in alle penitentiaire instellingen. Ofschoon periodes van 'drooglegging' gemeld worden, worden ze nooit als lang genoeg beleefd om een significant verschil in het gebruik te geven.

²⁶⁵ 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. 4.

Dat de individuele gebruiksfrequentie lager ligt wordt overwegend toegeschreven aan economische factoren, namelijk niet genoeg geld om een constant gebruik te financieren. Zeker wat betreft middelen zoals heroïne zijn de inflatoire gevangenisstraffen een aanleiding om individueel gebruik te verminderen. Het is dan ook niet uitzonderlijk dat opiaatafhankelijke gedetineerden geconfronteerd worden met periodes van gebruik, afgewisseld met onthoudingsverschijnselen.

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

‘G.: Dan gaat het langer mee, want ge weet nooit wanneer de volgende voorraad er is ...’

Dit principe dat door de meeste respondenten wordt gegeven wordt 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. De specifieke problematiek van overdosis wordt trouwens verder behandeld.

6.2.2.3.3 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.

Inhaleren, roken en slikken

Roken is de meest populaire vorm van gebruik, wat logisch is aangezien cannabis de meest gebruikte gevangenisdrug is. Geen enkele respondent antwoordde dat hij cannabis op een andere manier gebruikte in detentie (vb. in eten of drank verwerken werd niet vermeld).

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. Hierbij wordt de rauwe (poedervormige) cocaïne dan omgezet in een cocaïnebase, waarvoor verschillende benamingen de ronde doen: basecoke, gekuiste coke, freebase, gekookte coke, crack...De gebruikte namen verschillen per regio. Er zijn twee manieren om cocaïnebase te maken: met ammoniak of met maagzout. Het roken van cocaïne wordt in de buitenwereld meer en meer populair, het feit dat er duidingen zijn dat het ook in penitentiaire instellingen gebeurt bevestigt alleen die trend.

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.²⁶⁶

Injecteren, spuiten delen en ontsmetten

Het injecteren van drugs is veeleer een marginaal verschijnsel in de gevangenis. Eén van de redenen hiervoor is dat de individuele gebruiksfrequentie lager ligt dan bij gebruik buiten²⁶⁷.

De voornaamste reden echter voor het beperkt injecteren in een penitentiaire instelling is de moeilijkheid om aan spuiten te geraken. 'Gebruikte spuiten worden onttreemd op de verpleegdienst of zelfs uit de vuilbakken gehaald' staat in een Frans rapport te lezen.²⁶⁸ Ook in de interviews werden dezelfde feiten anekdotisch verhaald.

'G.: ...of de mensen die het dokterslokaal kuisen. In die vuilbak zaten altijd gebruikte naalden. Als die chef dan efkens zijn rug draaide. Dus wat deed die jongen, die haalde er zoveel mogelijk spuiten uit...ja, die verdiende daar een centje mee bij...'

'G.: En als we bij de tandarts kwamen, daar alle spuiten pikken waar we aan konden komen, die daar in de vuilbak lagen of weet ik wat. Die werden daar in de zak gestoken en meegenomen. En die werden verkocht op de wandeling, ook voor duizend frank voor een naald....'

Economische redenen (de kostprijs voor een spuit boven op de prijs van de drugs kan een financiële aderlating zijn) vormen een aanleiding voor sommige gebruikers om op alternatieve wijze te gaan gebruiken.

Zeer uitzonderlijk werd ook het maken van eigen spuiten aangehaald door de (ex)gedetineerden. Namelijk een constructie met kogelpen, paperclip, slijper en gommetje, wat trouwens ook door één van de bewaarders bevestigd werd nadat hij dergelijk 'apparaat' gevonden had tijdens een celcontrole.

Ofschoon injectiemateriaal dus in uitzonderlijke omstandigheden in het illegale circuit terechtkomt, toch blijft het een marginaal verschijnsel.

Naast de moeilijke beschikbaarheid van spuiten, speelt voor sommige gedetineerden de twijfelachtige herkomst van het injectiemateriaal en de daaraan gelieerde risico's een rol.

²⁶⁶ 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

²⁶⁷ Zie 6.2.2.3.2 Frequentie van gebruik en gebruikte hoeveelheden.

²⁶⁸ FRENCH Report, 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 septembre 1999, p. 12.

'G.: Nee, omdat zelfs al kreeg ik een naald die ik mocht gebruiken...Ik was daar een beetje bang van. Die gaat misschien tien, twintig armen rond voordat je die in handen krijgt.

De informatiecampagnes en 'safe use' (veilig gebruiken) trainingen, die in het kader van de aids en hepatitispreventie gebeurden, hebben voor intraveneuze druggebruikers (IVD) in de buitenwereld een kennisverhoging van de risico's gegeven. Het weerhoudt sommige IVD's om te injecteren binnen detentie. Hoe sterk dit effect is blijft echter een vraagteken. Een Duitse studie ²⁶⁹ kwam tot het sombere besluit dat de gevangenis de positieve effecten van dergelijke informatiecampagnes naar IVD's tenietdeed.

Ofschoon hierboven vermeld werd dat de injecteerfrequentie lager ligt in detentie betekent dit niet dat er niet gespoten wordt in de gevangenis. De tabel hieronder geeft een overzicht van een aantal onderzoeken naar intraveneus druggebruik in de gevangenis en, voor zover bekend, gegevens over het delen van injectiemateriaal.

Tabel 8: Intraveneus druggebruik in de gevangenis

Jaar	Land	Steekproefgrootte	Prevalentie IV gebruik in de gevangenis	Delen van spuitmateriaal in de gevangenis	Bron
1990	Schotland	262 gedetineerden	16%	73%	Covell ²⁷⁰
1990	Engeland	44 IVD ex-gedetineerden	50%	75%	Turnbull ²⁷¹
1991	Engeland	43 gedetineerden	67%	76%	Dye ²⁷²
1991	Schotland	66 IVD gedetineerden	47%	?	Bird & Gore ²⁷³
1992	Schotland	154 (uit 9 gevangenissen)	28%	74%	Power ²⁷⁴
1992	Schotland	67 ex-gedetineerden	21%	50%	Bath ²⁷⁵
1992	Duitsland	324 IVD ex-gedetineerden	50%	?	Stark & Muller ²⁷⁶
1992	Schotland	80 IVD gedetineerden	40%	?	Bird & Gore ²⁷⁷
1993	Schotland	76 IVD gedetineerden	43%	99%	Taylor ²⁷⁸

²⁶⁹ STARK K, MULLER R.; HIV prevalence and risk behaviour in injecting drug users in Berlin; Forensic Sci. Int. 62 (1993) 73-81.

²⁷⁰ 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. 7.

²⁷¹ TURNBULL P., DOLAN K., STIMSON G.; Prisons, HIV and AIDS: Risks and experiences in custodial care; AVERT Centre for Research on Drugs & Health Behaviour; London; 1991.

²⁷² DYE S., ISAACS C.; Intravenous drug misuse among prison inmates : implications for spread of HIV; British Medical Journal 1991; 302; p. 1506-1508.

²⁷³ 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 p. 1277-1279, 1993.

²⁷⁴ POWER K.G., MARKOVA I., ROWLANDS A., MCKEE K.J., ANSLOW P.J., KILFEDDER C.; Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons; British Journal of Addiction; 1992; 87; p. 35-45.

²⁷⁵ BATH G.E., DAVIES A.G., DOMINY N.J., PETERS A., RAAB G., RICHARDSON A.M.; Imprisonment and HIV prevalence, The Lancet, 27 november 1993, p. 1368.

²⁷⁶ MULLER R., STARK K., GUGGENMOSS-HOLZMANN I. et al; Imprisonment : a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users; AIDS (1995). 9: p. 183-90.

²⁷⁷ 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, p. 1277-1279, 1993.

²⁷⁸ TAYLOR A., GOLDBERG D., EMSLIE J., WRENCH J., GRUER L; CAMERON S. et al; Outbreak of HIV Infection in a Scottish prison; BMJ, 310 -6975; 289-92, 4 feb. 1995.

1993	Schotland	68 IVD gedetineerden	25%	?	Bird & Gore ²⁷⁹	
1993	Duitsland	202 IVD ex-gedetineerden	48%	75%	Muller ²⁸⁰	
1994	Schotland	75 IVD gedetineerden	34%	76%	Shewan ²⁸¹	
1994	Schotland	325 IVD gedetineerden	50%	?	Bird & Gore ²⁸²	
1996	Griekenland	544 gedetineerden	69%	69%	Malliori ²⁸³	
1997	Engeland /Wales	458 IVD gedetineerden	47%	80%	Department Health ²⁸⁴	of

Uit al deze onderzoeken blijkt dat er wel degelijk in de gevangenis geïnjecteerd wordt (van 16% tot 69%) en dat dit meestal gepaard gaat met verhoogd risico omwille van het delen van injectiemateriaal (tussen 50% en 99%!!!).

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 voorkwam²⁸⁵. 10% injecteerde voor de eerste keer tijdens detentie.

Er zijn trouwens meer onderzoeken die bevestigen dat sommige gedetineerden geïnitieerd worden in intraveneus gebruik in de gevangenis. In de Schotse studie van 1994²⁸⁶ bevestigden 6% van de IVD's dat ze voor de eerste keer geïnjecteerd hadden gedurende detentie. 6 gedetineerden op 108 (5.5%) melden in een Ierse studie²⁸⁷ een eerste injectie in de gevangenis. De ORS PACA Europese studie die in 1997-98 gebeurde in vier Franse en zeven gevangenissen in andere landen gaf volgende resultaten: op de totale steekproef gaf 3.5% toe dat ze in de gevangenis injecteerden en 0.6% had het daar voor de eerste keer gedaan; van alle IVD's (n=150 of 13% van de respondenten) had 35% in de gevangenis geïnjecteerd en 6% voor de eerste keer; van alle actieve IVD's (n = 103 of 8.6%) had 42% gespoten tijdens een

²⁷⁹ BIRD G., GORE S.; Study of infection with HIV and related risk factor in young offenders'institution; BMJ vol 307-6890, 23 July 1993.

²⁸⁰ GUGGENMOSS-HOLZMANN I., STARK K., MULLER R.; High risk behaviour is common in prisons in Berlin; BMJ vol; 310-6989, 13 may 1995.

²⁸¹ SHEWAN D., GEMMEL M., DAVIES J.B.; Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons; Soc. Sci. Med. Vol. 39, No.11, pp. 1595-1586, 1994.

²⁸² BIRD G., GORE S., CAMERON S., ROSS A., GOLDBERG D.; Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barunnie; AIDS 1995; 9; p. 801-808.

²⁸³ MALLIORI M., SYPSA V., PSICHOGIOU M., TOULOUMI G., SKOUTELIS A., TASSAPOLOS N., HATZAKIS A., STEFANIS A. ; A survey of bloodborne viruses and associated risks behaviours in Greek prisons, Addiction (1998) 93 (2), p. 243-251.

²⁸⁴ 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. 7.

²⁸⁵ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS prevention in Prisons, Final Report, February 1997.

²⁸⁶ BIRD G., GORE S.M., CAMERON S., ROSS A., GOLDBERG D.; Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barunnie; Aids 1995, 9; p. 801-808.

²⁸⁷ O'MAHONEY P.; Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile, Department of Justice, June 1997.

verblijf in detentie, 28% gedurende de huidige opsluiting, 12% had meer dan 20 keer geïnjecteerd en 7% voor de eerste keer in de gevangenis.²⁸⁸

Al deze onderzoeken geven voldoende indicaties dat een penitentiaire instelling niet alleen het risico verhoogt op beginnend druggebruik, maar dat sommige gebruikers nog een extra risico lopen tot initiatie in intraveneus gebruik.

Hierboven werd reeds vermeld dat het delen van injectiemateriaal op frequente basis gebeurt in de gevangenis. Zoals bekend is het delen van spuiten en andere materialen zoals lepel, filter, ... een effectieve manier voor transmissie van bloedbesmettelijke aandoeningen, zoals HIV en hepatitis B en C. Dit betekent dat, ondanks de lagere frequentie van injecteren in de gevangenis, het risicogedrag desondanks sterk toeneemt en veel groter is dan in de buitenwereld.

In een studie uit Engeland van 1991 kwam Turnbull tot volgende resultaten. : vóór opsluiting deelde 45% (n = 164) van diegenen die injecteren hun spuiten, tijdens de detentie deelde 73% (n = 45) spuiten en na de vrijlating deelde 63% (n=103).²⁸⁹ Deze studie geeft zelfs indicaties dat de hogere frequentie van delen in de gevangenis repercussies heeft na de detentie en ook het risicogedrag buiten verhoogt. In een Ierse studie bevestigden 58% het delen van spuiten in de gevangenis, in vergelijking met 37% die dat deden in de buitenwereld.²⁹⁰ Franse studies kwamen tot het besluit dat een verhoogd risico door de gedetineerden beleefd wordt als iets 'waar men mee moet leven in de gevangenis, het belangrijkste was immers om te kunnen injecteren zonder detectie.²⁹¹ Een Duitse studie uit 1993²⁹² toonde aan dat 48% van de gedetineerden voor de eerste keer injectiemateriaal hadden gedeeld in de gevangenis. Een andere Duitse studie toonde eveneens aan dat het delen van een spuit in de gevangenis de belangrijkste risicofactor was voor mogelijke HIV besmetting (75% van de ondervraagde IVD's deelden hun spuit voor de eerste keer in detentie). Volgens deze studie vermenigvuldigde de gevangenis met vijf het risico van HIV besmetting voor IVD's.²⁹³ Enkel een Nederlandse studie bij 188 ex-gedetineerde IVD's was hierop een uitzondering.²⁹⁴ Slechts 3 % gaf toe tijdens de gevangenschap geïnjecteerd te hebben, maar zonder het delen van injectiemateriaal. Hierbij

²⁸⁸ FRENCH Report, 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 septembre 1999, p. 11.

²⁸⁹ 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. 8.

²⁹⁰ ALLWRIGHT et al; Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish prisoners: prevalence and risk; Department of Justice Equality and Law Reform, 1999.

²⁹¹ FRENCH Report, 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 septembre 1999, p. 12.

²⁹² GUGGENMOSS-HOLZMANN I., STARK K., MULLER R.; High risk behaviour is common in prisons in Berlin; BMJ vol; 310-6989, 13 may 1995.

²⁹³ STARK K., MULLER R.; HIV prevalence and risk behaviour in injecting drugs users in Berlin, Forensic Sci. Int. 62 (1993) 73-81.

²⁹⁴ HAASTRECHT H.J., BAX J.S., van den HOEK A.A.; High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons; Addiction, 9, 1998, p. 1417-1425.

moet wel toegevoegd worden dat in Nederland alle gedetineerden een individuele cel hebben en dat 85% van deze IVD gedetineerden een methadononderhoudsprogramma hadden. De conclusie van dit onderzoek was trouwens dat de lage graad van HIV risicogedrag in tegenspraak was met de resultaten van andere landen.

Het is trouwens omwille van de aids-epidemie bij IVD's dat strategieën zoals spuitenuilprogramma's en het desinfecteren van spuiten met de bleekwatermethode (javel) ontwikkeld werden.

Op dit ogenblik bestaat er geen enkel pilootproject m.b.t. spuitenuil in de Belgische penitentiaire instellingen. In de buitenwereld bestaan er nochtans een aantal spuitenuilprogramma's, overwegend in de Franstalige Gemeenschap en in Brussel. Sinds 1995 zijn er in Luik twee 'comptoirs' en drie apothekers die aan spuitenuil doen, en Brussel heeft actueel een vast en een mobiel verdeelpunt van spuitenuil. In dit verband kan vermeld worden dat de uitvoeringsbesluiten van de wet van 23 december 1998 die o.a. spuitenuil reguleert nog moeten verschijnen.²⁹⁵ In sommige Europese landen zijn er op dit ogenblik enkele (pilot)projecten van spuitenuil in de gevangenis. De eerste projecten zagen het levenslicht in Zwitserland (Geneve, Oberschonöngrün, Hindelbank) in 1993 en 1994 en Duitsland (Hamburg, Lingen en Vechta en Laag Saksen) en meer recent in Spanje (Pamplona, Bilbao).²⁹⁶

Twee principes motiveren deze spuitenuilprogramma's in de gevangenis. Ten eerste is er de bezorgdheid voor de volksgezondheid, een basisprincipe waar steeds naar verwezen wordt. Ten tweede, en dit is een principe waar zelden naar verwezen wordt, is het recht van gedetineerden op dezelfde toegang tot gezondheid, preventief en curatief, die bestaan in de gemeenschap zelf. De principes van volksgezondheid zijn gebaseerd op de volgende vaststellingen : dat druggebruik in de gevangenis een realiteit is die niet kan gestopt worden; dat spuiten en lepels gebruikt en gedeeld worden in de gevangenis; dat de preventie van HIV/Aids belangrijker is dan het bewaren van de 'moraliteit'; dat de verdeling van injectiemateriaal niet in tegenspraak is met het personeelsstatuut en meer zekerheid geeft zowel voor het personeel als de gedetineerden zelf; dat de beperking van de risico's meer kostenbesparend is dan een verbod. Al deze projecten werden positief geëvalueerd en de pilootprojecten in de gevangenis werden geïntegreerd in normale programma's.

Preventiediensten voor druggebruikers hebben sinds het midden van de jaren tachtig actief de bleekwatermethode gepropageerd als desinfecteertechniek voor gebruikte spuiten. Deze techniek heeft zijn nut in het kader van de HIV preventie (een 95% kans op vernietiging van het HIV-virus bij een juiste techniek). Voor het hepatitis B en C virus is deze techniek niet efficiënt. Bleekwater (javel) is slechts ter beschikking in de kantines van enkele gevangenissen, in principe voor het proper houden van de cellen. Meestal is het echter in verdunde vorm en niet bruikbaar. In de overgrote meerderheid van de penitentiaire instellingen is echter geen bleekwater ter beschikking, en is er nog minder informatie beschikbaar over hoe

²⁹⁵ Belgisch Staatsblad, 23 december 1998.

²⁹⁶ JURGENS R. ; HIV/AIDS in Prisons : Final report. Canadian HIV/AIDS Legal Network ; Canadian Aids Society. September 1996; NELLES J., FURHER A.; Drug and HIV Prevention at the Hindelbank Penitentiary ; Swiss Federal Office of Public Health ; Bern. 1995; ROTILY M., DELORME C., BEN-DIANE M-K. ; L'usage des drogues en milieu carcéral : approche épidémiologique. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, 31, 1^{er} trimestre 1998, p 3-4

injectiemateriaal kan ontsmet worden. Dit is trouwens vergelijkbaar met de meeste Europese landen. Enkel in Schotland schijnt in alle gevangenissen voor de gedetineerden bleekwater aanwezig te zijn.²⁹⁷

'G.: ... de medische dienst heeft dat allemaal wel ter beschikking, maar de gedetineerden zelf op cel ... nee. We kunnen wel wat Cif kopen, via de kantine of onderhoudsproducten, maar geen ontsmettingsmiddelen...'

'G.: Ontsmetten...ik zou bij God niet weten hoe...'

'G.: ...dat werd wel gedaan...maar dat wordt dan gewoon onder de kraan met water gedaan. Javel is niet beschikbaar.'

'B.: Dat zou ik weten. Ik peins wel dat er een andere spuit zal moeten gebruikt worden. Je kunt een ander zijn spuit niet gebruiken. Als de verpleegster bij jou komt en je moet ingespoten worden, is dat toch ook niet met een gebruikte spuit.'

De indicaties bij de meeste respondenten (>70% van de gedetineerden) duiden enerzijds op de onmogelijkheid om te ontsmetten, zelfs wanneer de technieken daarvoor bekend zijn, anderzijds op het feit dat de juiste ontsmettingswijzen niet door iedereen gekend zijn. Beide indicaties hebben echter wel hetzelfde resultaat, namelijk een verhoogd risicogedrag.

Dit wordt trouwens nog bevestigd door de 'focus groep discussies' ('groupes es-pairs') die Modus Vivendi organiseerde met als thema 'de gevangenis' voor ex-gedetineerde IVD's.

« ... wanneer een spuit rondgaat, kunnen we ze eventueel uitspoelen vooral met water of met eau de Cologne of after-shave. Soms met javel die men recupereert uit een emmer. Maar javel, behalve uit een emmer, krijgen we niet omdat ze schrik hebben dat het gedronken wordt... »

Dat het verhoogd risicogedrag van IVD's in de gevangenis de kans op HIV/hepatitis transmissie binnen detentie mogelijk maakt werd bewezen in een Schotse studie²⁹⁸. Tussen april en juni 1993 werden 8 gevallen van symptomatische hepatitis B en twee seroconversies naar HIV vastgesteld in de gevangenis van Glenochil. Onderzoek naar deze epidemie liet toe te besluiten dat 13 gedetineerden hetzij rechtstreeks, hetzij onrechtstreeks in een periode van zes maanden HIV besmet waren geraakt door dezelfde IVD en allemaal door het delen van injectiemateriaal in de gevangenis²⁹⁹.

Samenvattend kan gezegd worden dat injecterend druggebruik wel degelijk gebeurt in de gevangenis. Ofschoon de frequentie lager ligt dan in de buitenwereld, is het risico per injectie veel hoger omwille van het delen van het materiaal. Een percentage gedetineerden injecteert voor de eerste maal in de gevangenis. Er zijn geen voorzieningen om injectiemateriaal te ontsmetten. Er zijn internationale onderzoeken die aantonen dat bloedbesmettelijke aandoeningen via gedeeld injectiemateriaal worden overgedragen in penitentiaire instellingen.

²⁹⁷ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons, Final Report, February 1997.

²⁹⁸ TAYLOR A., GOLDBERG D., WRENCH J., GRUER L., CAMERON S. et al; Outbreak of HIV infection in a Scottish prison; BMJ vol.310, 4 february 1995, p. 289-292.

²⁹⁹ YIRREL D.L., GOLDBERG D., ROBERTSON P., MCMENAMIN J., CAMERON S., LEIGH BROWN A.J.; Molecular investigation confirming an outbreak of HIV in a Scottish prison, ICA Vancouver 1996; Doc. MO.C. 1532.

6.2.2.4 Overdosis

Er zijn geen duidelijke cijfers beschikbaar m.b.t. de kans op overdosis in detentie. Gezien de onderzoekers geen inzage hadden in de verslagen m.b.t. verdachte overlijdens in de gevangenis, kan er alleen ingegaan worden op de indicaties die uit de interviews te voorschijn kwamen.

'G.: Ik heb één keer over een overdosis horen spreken. Toen heeft de directie dat verdoezelt alsof het een maagbloeding was.'

'G.: Ja, ik heb er één geweten in X. Ik heb er zelf ook één gehad. En in Y. was er ook één.'

'M.: Dit jaar één. En op negen jaar was dat de eerste die een overdosis had van heroïne. We hebben hem met succes gereanimeerd...'

'G.: Ik heb hier al meer overdosissen gezien. Ik denk dat de gevangenis een milieu is waar gemakkelijker accidenten gebeuren. Is het dan een accident bij het binnenbrengen, springt er een capsule die niet goed zit of is het zuiverder gerief dat ze ineens krijgen zonder het te weten. Buiten hebben ze daar toch min of meer een klein beetje meer controle op. Terwijl ze binnen nemen wat ze kunnen krijgen. Ik denk dat het gevaarlijker is. Ook bijvoorbeeld dat je hoort, er is een celcontrole op komst, en hop, alles binnen.

'G.: ...ik heb drie of vier vrienden van mij gehad...die waren in een coma...door teveel te pakken of omdat ze het niet meer gewoon waren. Soms houden ze er geen rekening mee en geven teveel aan iemand...ze weten het heel goed, maar ze trekken het zich niet aan...'

Het voorkomen van overdosissen (OD) wordt dus wel degelijk toegegeven. Hoeveel dit voorkomt blijft echter giswerk, zeker als men er rekening mee houdt dat de meeste overdosissen geen fatale afloop kennen. Het kan dus evengoed gebeuren dat iemand een OD doet op cel en er zelf uitkomt of geholpen wordt door celgenoten, wat trouwens door één van de respondenten uit eigen ervaring werd toegegeven.

Voor het laatste citaat geeft duiding van een aantal risicofactoren die het voorkomen van een OD in de gevangenis kunnen vergemakkelijken. Het verschil in kwaliteit van de beschikbare drugs, 'smokkelongelukken', controles die noodzaken de volle voorraad te nemen³⁰⁰ ... zijn elementen die een OD in de hand kunnen werken. In de buitenwereld worden ook gevallen van OD 's vastgesteld die te maken hebben met gehaast gebruik, het lijkt evident dat in detentie gebruik eveneens snel moet gebeuren om de risico's op detectie te verminderen. Gezien de beschikbaarheid van drugs in de gevangenis meer variabel is dan in de buitenwereld, is het aannemelijk dat de kans op een OD groter wordt; bijvoorbeeld opnieuw heroïne gebruiken na enkele weken 'droog' te zijn geweest waardoor de tolerantiedrempel lager ligt. Een extra risico voor een OD kan eveneens liggen in de gemelde aanwezigheid van cocaïnebase. Bij inslikken (bijvoorbeeld bij een celcontrole) kan dit gemakkelijk tot een OD leiden.

De hierboven vermelde risico's hebben vooral betrekking op een OD bij het gebruik van illegale drugs. Een ander risico zijn OD 's tengevolge van medicatie. Onder het deel verdelen van medicatie³⁰¹, werd reeds vermeld dat gebrekkige controle op de inname van medicatie de gedetineerden toelaat om deze middelen op te sparen. Anderzijds zijn bepaalde medicamenten

³⁰⁰ zie Hoofdstuk 6 : 6.2.2.3.1. welke drugs.

³⁰¹ zie hoofdstuk 5: 5.4.4. Verdelen van medicatie.

(zoals Rohypnol®) een belangrijk onderdeel van de illegale drughandel. Beide elementen verhogen de kans op een OD bij overmatige inname en/of cocktails van verschillende middelen (al dan niet vanuit een bewuste suicidale neiging).

'G.: Ik denk dat die die spullen had opgespaard, want in die tijd kregen ze nog Rohypnol®. Opgespaard en dan zeggen dat het van het bezoek komt. Je zult nooit de echte reden weten...'

'B.: Ja, maar of dat echt van drugs is. Dat is meestal van medicijnen en dergelijke. Ik denk dat er nog meer problemen zijn met mensen die, vrijwillig of onvrijwillig, proberen eruit te zijn...'

De kans op een overdosis is dus 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 ³⁰² toonde aan dat het mortaliteitscijfer na vrijlating zeer hoog zijn en meestal een gevolg van een overdosis.

'G.: Ja, in mijn verlof ... ik heb zelfs een overdosis gehad tijdens mijn verlof...'

De meeste respondenten geven trouwens volmondig toe dat het moment van verlof of vrijlating een reden voor 'feest' is. Voor druggebruikers kan de definitie van 'feest' vaak gelieerd worden aan een overmatig gebruik. Het intraveneus gebruiken kan een piek bereiken en meer riskant zijn op dergelijke momenten.

In de Nederlandse studie ³⁰³ waarbij slechts 3% van de ondervraagden tijdens detentie had geïnjecteerd gaf 70% van de IVD's aan de eerste dag van de vrijlating intraveneus gebruikt te hebben. Dat slechts één respondent daarbij een al gebruikte spuit leende kan verklaard worden door het feit dat Nederland een efficiënt netwerk heeft van spuitenruil en -verdeling.

Ook in de focusgroep discussies van Modus Vivendi en in de Peer Support activiteiten van Free Clinic komt regelmatig aan bod dat het eerste waar men aan denkt wanneer men buiten komt gebruik is.

Op dit ogenblik bestaat er geen echte strategie die gedetineerde druggebruikers voorbereid op de risico's die gelieerd zijn aan vrijlating of verlof. Meestal gaat het om individuele en geïsoleerde activiteiten (zo heeft Justitieel Welzijnswerk Antwerpen een brochure rond deze materie ontwikkeld voor gedetineerden die de gevangenis van Antwerpen verlaten). Gezien de

³⁰² 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.

³⁰³ HAASTRECHT H.J., BAX J.S., van den HOEK A.A.; High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons; *Addiction*, 9, 1998, p.1417-1425.

verhoogde risico's die met vrijlating gepaard gaan, lijkt een gecoördineerde strategie dan ook noodzakelijk.

6.3 ANDERE GEDRAGINGEN DIE RISICO'S GENEREREN

6.3.1 Seksualiteit³⁰⁴

Onder het deel 'geweld en haar effecten' werd reeds aangehaald dat, al dan niet gedwongen, prostitutie voorkomt om te betalen voor drugs of het aflossen van drugschulden. Seksueel (risico)gedrag maakt dan ook een onverbrekelijk deel uit van deze studie.

Tijdens de interviews bleek dat seksueel gedrag in detentie nog een groter taboe is dan druggebruik en dan vooral bij de mannelijke populatie.

Seksualiteit kan echter niet uitgesloten worden binnen de gevangenis. Niet alleen het bestaan van prostitutie, maar eveneens de zogenaamde 'situationele homoseksualiteit' zowel als het feit dat er ook homoseksuelen in detentie verblijven, zijn indicaties van het bestaan van seksueel gedrag. Daarenboven, hoe uitzonderlijk ook, kan de problematiek van verkrachting niet ontkend worden, evenmin als het feit dat seksueel gedrag zich kan voordoen tijdens bezoek, al dan niet in 'intieme' bezoekenruimtes. De gezondheidsrisico's naar mogelijke besmetting met HIV/Aids, hepatitis of andere SOA's mag evident zijn.

Uit een studie van 1993 in de gevangenis van Antwerpen ³⁰⁵ bleek dat slechts 67% van de mannelijke gedetineerden vragen die betrekking hadden op seksueel gedrag wilden beantwoorden (n =1071). Onder hen hadden 7 gedetineerden (0.6%), allen langdurige gestraften, anale contacten gehad tijdens detentie, 3 onder hen waren homoseksuelen van geaardheid, 4 waren heteroseksuelen. Geen enkel van de seksuele contacten gebeurden met bescherming. Eén vrouw rapporteerde een seksuele relatie met een man, eveneens zonder bescherming.

Er waren indicaties dat het seksueel gedrag van de bevroegde groep, in de 12 maanden voorafgaandelijk aan de opsluiting, hoger lag dan in de globale bevolking. 44% van de homoseksuelen en 66% van de heteroseksuelen gaven effectief aan dat ze niet-beschermde contacten hadden gehad met occasionele sekspartners. Onder de seksueel actieve respondenten, hadden 53% in de loop van die twaalf maanden twee of meer seksuele partners gehad met een gemiddelde van vier partners per persoon.

Uit deze studie blijkt dat seksueel gedrag, hoe beperkt ook, voorkomt in de gevangenis en dat dit gedrag steeds gepaard gaat met verhoogd risico en dat dit risicogedrag reeds aanwezig is in deze groep voor de detentie.

³⁰⁴ Voor een sociologische analyse van seksualiteit in de gevangenis, zie WELZER-LANG, D., MATHIEU, L., «Des significations de la sexualité en milieu carcéral, in *Prisons en société, Cahier de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 211-228. Dit artikel verwerpt de interpretaties dat seksualiteit in de gevangenis overwegend als situationeel worden gezien. Hij begrijpt dit eerder als een product van een permanente sociale constructie waarvan de gedetineerden en de bewaarders volledig deel van uitmaken.

³⁰⁵ TODTS S., FONCK K., VERCAUTEREN G., DRIESEN K., UYDEBROECK M., VRANCK R., VAN MOL F., COLEBUNDERS R.; Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian Prison, *Arc Public Health*, 1997, 55, p. 87- 97.

Ook andere Europese studies hebben bewijs geleverd dat seksueel risicogedrag aanwezig is in een penitentiaal milieu. Een Engelse studie ³⁰⁶ bij respectievelijk 419 en 82 ex-gedetineerden gaf een frequentie van 6.2% en 19.5% homoseksuele contacten en 0.5% en 2.4% heteroseksuele contacten tijdens de detentie. Het gebruik van bescherming (condooms) was 0.0%!!! Een multi-Europese studie in Frankrijk, Groot-Brittannië, Nederland, Italië en Duitsland bij 737 gedetineerden ³⁰⁷ gaf een frequentie van 1% voor homoseksuele contacten en 10% (intiem bezoek inbegrepen) van heteroseksuele contacten.

Opvallend is dat beschermde contacten blijkbaar niet gebeuren binnen detentie.

Een rondschrijven van de Directeur-generaal van de penitentiaire administratie uit 1989 machtigde de verkoop van voorbehoedsmiddelen. In de praktijk bepaalt het plaatselijke beleid of deze middelen al dan niet ter beschikking zijn en op welke wijze. Algemeen gesproken kan gesteld worden dat de gedetineerden voorbehoedsmiddelen kunnen betrekken via de medische dienst en/of via kantinebestelling.

Uit de interviews blijkt dat in enkele penitentiaire instellingen voorbehoedsmiddelen gemakkelijk verkrijgbaar zijn en de anonimiteit bewaard blijft. In de meeste gevangenissen zijn condooms en glijmiddelen niet verkrijgbaar of is de anonimiteit niet gewaarborgd waardoor de vraag naar deze middelen zwaar gehypothekeerd wordt.

‘G.: In X. staan bijvoorbeeld condooms op de kantenlijst en dan moet jij daar eens een pakje condooms bestellen. Dan vlieg je gegarandeerd voor drie dagen het cachot in...’

‘G.: ...als je condooms bestelt moet je verantwoording afleggen bij de directeur...’

‘M.: ...er zijn condooms ter beschikking. Niemand vraagt ernaar, maar ze zijn altijd weg...’

‘G.: ...de directeur wilt geen condooms want hij gelooft dat ze alleen gebruikt worden om drugs te smokkelen...’

Uit een vergelijkende Europese studie³⁰⁸ blijkt dat, met uitzondering van Schotland, zowel in Frankrijk, Duitsland, Nederland en Zweden, net als in België, gevangenissen gemachtigd zijn om voorbehoedsmiddelen te verdelen aan gedetineerden. Frankrijk, Duitsland en Zweden zijn de enige landen waar een actieve verdeling van deze middelen blijkbaar ook effectief gebeurt.

Prostitutie binnen een penitentiaire instelling werd door een aantal respondenten gemeld. De meeste antwoorden hadden betrekking op vrijwillige prostitutie als financieringsmiddel voor drugs, uitzonderlijk werd gedwongen prostitutie aangehaald als betalingsmiddel voor drugschulden. In deze laatste gevallen had het altijd betrekking op ‘horen zeggen’.

‘B.: ...ik weet dat er hier nogal wat prostitutie bestaat. Zowel van de prostituee als van de gebruiker...’

³⁰⁶ TURNBULL P., DOLAN K., STIMSON G.; Prisons, HIV and Aids; risks and experiences in custodial care, AVERT, The Aids Education and Research Trust, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, Department of Psychiatry London, 1991, 51 pages.

³⁰⁷ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS prevention in Prisons, Final Report on the EU project, February 1997.

³⁰⁸ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons, Final Report, February 1997.

‘G.: Luister, in de meeste gevallen waren het gasten die zich prostitueerden juist om aan die drugs te geraken. Of juist die producten te kunnen kopen die ze graag zouden willen hebben...’

‘G. ...er was er ene, dat was een travestiet en die deed dat eigenlijk voor telekaarten, maar meer voor dope eigenlijk...’

Hierbij moet ook aangestipt worden dat homoprostitutie geen onbekend verschijnsel is in de verslavingszorg, zeker bij de gemarginaliseerde restgroep van druggebruikers.

In twee gevallen werd melding gemaakt van verkrachting. Eén keer door gedetineerden en één keer door bewaarders ...

‘G.: ...daar is geen haan die daarnaar kraait. Als die jongen daarna naar de dokter loopt en zegt, ik ben verkracht, dan zal die dokter beginnen te lachen en die voor zot verklaren. En misschien nog wat neuroleptica bijgeven of zelfs interneren...’.

Samenvattend kan gezegd worden dat seksueel gedrag effectief voorkomt in penitentiaire instellingen en dat dit gedrag zeer risicovol is, mede door het ontbreken van een laagdrempelige en vertrouwensvolle manier m.b.t. de verdeling van voorbehoedsmiddelen.

Prostitutie voor drugs is aanwezig, gedwongen prostitutie door drugschulden en verkrachting komt voor in uitzonderlijke gevallen.

6.3.2 Tatoeages en Piercing

Niet alleen heeft lichaamsversiering, zoals tatoeage en piercing, de laatste jaren meer en meer maatschappelijke acceptatie gevonden, maar binnen de groep van harde druggebruikers zijn deze fenomenen al lang ingeburgerd. Dat ook gedetineerden niet vies zijn van tatoeages kan door elk personeelslid binnen de gevangenis bevestigd worden. (En dan praten we niet alleen over de vier puntjes die getatoeëerd worden op de handrug als ‘trofee’ dat men binnen vier muren heeft geresideerd).

In België is er nog geen enkele studie verricht die de belangrijkheid van tatoeage en piercing in penitentiaire instellingen meet. Een Europese studie die in vijf gevangenissen in vijf landen dit fenomeen onderzocht ³⁰⁹ toonde aan dat op 737 gedetineerden bijna 20% zich had laten tatoeëren in de gevangenis. Afhankelijk van het land gebeurde dit slechts tussen 8% en 37% met eigen materiaal. Het ontsmetten van materiaal gebeurde via inefficiënte methoden (water of vuur). Injecterende druggebruikers tatoeëerden zich twee keer zoveel als niet-spueters. 6% van een Engelse studie ³¹⁰ had zich laten tatoeëren in de gevangenis.

Uit de interviews blijkt dat het (laten) zetten van tatoeages ook in Belgische gevangenissen voorkomt, waarbij vooral in strafinrichtingen het fenomeen meer voorkomt. Piercings daarentegen komen zelden of nooit voor.

³⁰⁹ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons, Final Report, February 1997.

³¹⁰ TURNBULL P., DOLAN K., STIMSON G.; Prisons, HIV and AIDS : Risks and experiences in custodial care; AVERT Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, London, 1991.

‘G.: Ja, ik ben zo stom geweest om een tatoeage te laten zetten. En ik heb me dat al twintig keer beklagt... Ja, dat wordt betaald met drugs of telekaarten.’

‘B.: Hier zie je vrij veel tatoeages. Piercings niet zoveel. Je ziet dat ook wel, maar dat is nog iets nieuws. Maar tatoeages zijn hier algemeen bekend. In strafgevangenissen gebeurt dat wel meer...’

‘B.: In negen van de tien gevallen gebeurt dat ’s nachts. Trouwens soms ook heel schoon. Het kan trouwens moeilijk op een tuchtrapport komen: meneer, wilt U a.u.b. die tatoeage eraf nemen...’

‘G.: Ze hebben niet de mogelijkheid om dat te ontsmetten. Dat wordt gemaakt van een naald uit het atelier en een scheerapparaat of met een motorke van een walkman...’

‘G.: ...ik denk dat de hygiënetoestanden daar niet goed voor zijn. Geen steriele naalden, vette inkt, daar krijg je ziektes van...’

De laatste uitspraken bevestigen dat sommige gedetineerden op de hoogte zijn van de gezondheidsrisico's inherent aan onhygiënische lichaamsversiering. Dit zijn echter de uitzonderingen.

Het voorkomen van de praktijken van lichaamsversiering in de gevangenis en het ontbreken van middelen om te desinfecteren geeft dus een verhoogd risico voor besmetting met bloedbesmettelijke aandoeningen zoals o.a. hepatitis en aids.

6.3.3 Het delen van persoonlijk hygiënisch materiaal

Een ander risicoaspect dat betrekking heeft op bloedoverdraagbare aandoeningen heeft te maken met het delen van persoonlijk hygiënisch materiaal zoals scheermesjes en tandenborstels.

Zowel gedetineerden als bewaarders melden dat het delen van deze dingen regelmatig gebeurt, zeker gezien men in heel wat gevallen meer dan één gedetineerde per cel telt. De kans op percutane transmissie is dan ook niet onbestaand.

6.4 BESLUIT

Bij wijze van besluit gaan we nu over tot de synthese van de invloeden van de gevangenschap op het eigenlijke druggebruik, en ook tot het inventariseren van de individuele gedragingen die voor de gezondheid een risico kunnen betekenen, zoals belicht werd in dit deel van het rapport.

Eerst en vooral betekent opsluiting in de gevangenis een risico voor het individu om geïnitieerd te worden in het druggebruik, zelfs tot het injecteren van drugs. Factoren die daarbij een invloed hebben zijn de stress, de druk, de verveling, de depressie, de noodzaak om de vrijheidsberoving draaglijk te maken, de afwezigheid van medicatie,...

Vervolgens is het gevangenis milieu niet bevorderlijk voor onthouding omwille van de beschikbaarheid van het product en omwille van de zwakke of onbestaande ondersteuning. De gevangenis betekent zelfs een risico op herval voor personen die buiten de gevangenis een behandeling met vervangingsmiddelen volgden en die nu hun behandeling onderbroken zien, zelfs al verloopt die ontwenning in een afbouwschema.

Voor wat de gebruikte producten betreft hebben we gezien dat cannabis het meest wordt gebruikt, gevolgd door heroïne en eveneens benzodiazepines en, in mindere mate, door cocaïne, amfetamines, speed en ecstasy. Naast die illegale producten mogen we het gebruik van medicatie niet vergeten, al dan niet door de arts voorgeschreven.

Over het algemeen stelt men een gebruiksfrequentie vast die lager ligt dan die buiten de gevangenis; dat staat in verband met de beschikbaarheid van de producten, maar vooral met economische motieven. Het 'economisch stockbeheer' staat aldus tegenover de kans op detectie en op sancties.

Het feit dat een instelling intensieve controles doet kan de kans op overdosis doen toenemen, omdat het de gevangene dwingt om de producten waarover hij beschikt snel te gebruiken. De andere factoren die overdoses tot gevolg kunnen hebben (illegale drugs, medicatie, cocktails) zijn de kwaliteitsverschillen van de gebruikte producten, de "smokkelongevallen", de stress die de kans op zelfmoordgedrag doet toenemen. Daarenboven kunnen het penitentiair verlot en de vrijlating worden beschouwd als bijzonder risicovolle momenten voor een overdosis.

De analyse van de gebruikswijzen toont aan dat drugs in de gevangenis voornamelijk worden gerookt, geïnhaleerd of oraal gebruikt. Nochtans gewagen talrijke Europese studies van het bestaan van injectiepraktijken in de gevangenis, gepaard gaande met de uitwisseling van spuiten en met een risico op besmetting met HIV/Aids en hepatitis. Noteren we hierbij dat het niet beschikken over beschermingsmiddelen (spuiten, bleekwater) en tevens het gebrek aan informatie op dit vlak het risico komen versterken.

De seksuele praktijken in de gevangenis, ook al zijn ze taboe, vinden plaats onder de vorm van prostitutie, verkrachting, occasionele homoseksualiteit, betrekkingen in het kader van het bezoek. Ze betekenen een evident risico op HIV/Aids, hepatitis en SOA's, een risico dat verhoogd wordt door de moeilijkheid om in de gevangenis op een discrete manier toegang te hebben tot voorbehoedsmiddelen.

Tenslotte is besmettingsgevaar eveneens aanwezig in de praktijk van het tatoeëren (iets waarvan men de verspreiding niet kent), van piercing (zeldzaam) en bij het gezamenlijk gebruik van persoonlijke hygiënische voorwerpen, des te meer omdat de methodes om het gebruikte materiaal te ontsmetten niet afdoende zijn.

7 ONTWIKKELING VAN EEN EPIDEMIOLOGISCH INSTRUMENT

7.1 INLEIDING

Een monitoring-systeem dient als epidemiologische basis voor het ontwikkelen van een modern volksgezondheidsbeleid. Aanvankelijk werd dit systeem enkel in het kader van ziekten of ongevallen toegepast; momenteel omvat het zowel de individuele risicofactoren als deze die betrekking hebben op de omgeving.

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 een zelfde 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.

7.2 DE KWALITEITEN VAN EEN MONITORING-SYSTEEM

- De doeltreffendheid van een systeem is afhankelijk van meerdere criteria.³¹¹ Hierna volgt een voorstelling en nauwkeurige omschrijving van deze criteria die een doorslaggevende rol zullen spelen bij het maken van de keuzes:
- de DOELMATIGHEID hangt af van de mate waarin het systeem kan tegemoet komen aan de vraagstellingen omtrent de controle en preventie van gezondheidsproblemen of het begrip van de oorzaken ervan kan verbeteren. Het kan ook afhangen van een verbetering van de kennis van de belichte risicofactoren, of, meer nog, dienen om de te onderzoeken pistes te identificeren;
- de eraan verbonden KOSTEN zullen winstgevend zijn in die zin dat de uitgaven gecompenseerd zullen worden doordat de gezondheidsproblemen zullen vermeden worden. De beraming ervan is altijd een moeilijke en gespecialiseerde opdracht. Er zal in de eerste plaats rekening moeten gehouden worden met de kosten van de gegevensinzameling en de ingaven op computer. Meestal is het belangrijkste deel van de uitgaven hiertoe bestemd en worden die budgetten moeilijk toegekend omdat op dat

³¹¹ THACKER S.B. et al.; A method for evaluating systems of epidemiological surveillance; World Health Statistics Quarterly, 41, 1988, p.11-18

- ogenblik nog geen zichtbare winstgevende resultaten (verbetering van de gezondheid, vermijden van overlijdens of ziekten) kunnen vastgesteld worden;
- de SENSIBILITEIT is het vermogen om de "reële *positieven*" te identificeren, d.w.z. de opgespoorde feiten te herkennen wanneer deze zich voordoen;
 - met SPECIFICITEIT bedoelt men het exclusief herkennen van de opgespoorde feiten, met uitzondering van alle andere;
 - de POSITIEVE PREDICTIEVE WAARDE berust op de mogelijkheden om noodsignalen uit te zenden bij relevante wijzigingen van de waargenomen waarden;
 - het REPRESENTATIEF KARAKTER is gewaarborgd indien men de bekomen resultaten van de onderzochte populatie kan veralgemenen naar de gehele bevolking toe;
 - de OPPORTUNITEIT (of "timeliness") is de "opportune" termijn tussen het voorvallen van de feiten en de registratie ervan, of het vermelden ervan in de resultaten, of nog het in gang zetten van maatregelen;
 - de EENVOUD spreekt voor zichzelf (gemakkelijk te verstaan en uit te leggen);
 - de FLEXIBILITEIT (of de soepelheid) moet aanpassingen aan het systeem mogelijk maken van inherente schommelingen door de tijd, om het even of deze de bestudeerde bevolking of evenementen (de aard of het belang ervan) betreffen;
 - tenslotte is de AANVAARDBAARHEID afhankelijk van de deelname van de betrokken actoren op de diverse niveaus.

7.3 ALGEMENE BESCHOUWINGEN

R. L. Berkelman en al.³¹² formuleren aanbevelingen om simultaan de gezondheidstoestand, de individuele en omgevingsrisicofactoren én de voorzieningen te beschouwen.

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, de interpretatie en de verspreiding van de bekomen 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 voorwaarde, maar rekening houdend met de belangrijke evolutie van de druggerelateerde problemen.

³¹² BERKELMAN R.L. et al.; Public Health Surveillance; Oxford Textbook of Public Health, 3rd ed., Oxford University Press, 1997, pp. 735-750

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

Het systeem bestaat uit drie elementen (zie hierna).

De betrokken programma's van volksgezondheid richten zich op de interventies van de medische en sociale diensten, of op programma's die afhangen van een wetswijziging of van een lokale aanpassing van de organisatie of voorwaarden van detentie.

De definiëring van de casussen heeft fundamenteel betrekking op het niveau van de gezondheidstoestand en de variaties ervan, maar kan aangevuld worden door metingen van pathologieën of specifieke situaties (zoals hepatitis, toestand van het gebit, slapeloosheid, enz.).

De beoogde inzamelingsprocedures (personen die de gegevens zullen verschaffen, formulieren, timing, aggregatie van de gegevens indien nodig en overdracht) worden verder in dit rapport voorgesteld evenals de analyse (bijsturen van de gegevens, betrouwbaarheid, selecties, kruistabellen, voorstellen van de verslagen), de uitgave en de verspreiding van de informatie.

Een verbetering van de gezondheidstoestand zal uiteindelijk de enige manier zijn waarop men de impact van de verbeterde epidemiologische monitoring zal kunnen meten.

7.4 HET EPIDEMIOLOGISCH INSTRUMENT

7.4.1 Inleiding

De literatuurstudie en de pre-enquête hebben ons toegelaten een aantal risicofactoren te identificeren die verbonden zijn aan de handel en het gebruik van drugs in de gevangenis, evenals aan de detentie zelf en die gezondheidsrisico's kunnen genereren voor de gedetineerden. Het informatiesysteem dat we aanbevelen, laat ons toe die factoren te meten en aldus het belang te meten van het risico³¹³ in elke penitentiaire instelling evenals in het gehele gevangeniswezen. De integratie van de verkregen resultaten uit de drie luiken en hun analyse zal ons toelaten het belang van de risico's te determineren. 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 verzamelde gegevens hebben een kwantitatief karakter.

Het voorgestelde instrument bestaat uit drie luiken.

Overeenkomstig de wetenschappelijke aanbevelingen vloeit deze keuze voort enerzijds uit de behoefte om over referentiemetingen te beschikken en anderzijds uit de besluiten van de analyses van elementen die de gezondheid van de gedetineerden beïnvloeden.

³¹³ DOLAN K., WODAK., HALL W., KAPLAN E. A mathematical model of HIV transmission in NSW prisons. Drug and alcohol dependence, 1998, 50, (3), 197-202

Hieruit volgt dat het voorgestelde monitoring systeem tegelijkertijd gegevens zal moeten verzamelen en ontleden, besluiten eruit trekken en aanbevelingen formuleren. Dit alles gebaseerd op gegevens inzake:

- de gezondheidstoestand en de sociale karakteristieken van de gedetineerden, teneinde een referentiepunt te bepalen voor het evalueren van de situatie "vóór en na" de interventie en de vergelijkingen tussen de inrichtingen onderling of met de algemene bevolking te ondersteunen;
- de karakteristieken van het gebruik van psychotrope producten en de eraan verbonden risicofactoren binnen de verschillende instellingen; deze wijken immers af van hetgeen men buiten deze instellingen kan vaststellen en eventueel ook de variaties per inrichting zelf;
- 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.

Elk van deze aspecten wordt voorgesteld als een "element van het systeem" dat gericht is naar welbepaalde personen, dat op welbepaalde ogenblikken kan voorvallen en dat zich onder specifieke modaliteiten kan voordoen en een nauwkeurige uitwerking van gegevens kan vereisen.

We herinneren eraan dat deze drie luiken tijdens dit onderzoek niet werden toegepast. Ze zullen in de volgende fase, gekoppeld aan een gedetailleerde operationele evaluatie, worden geïntroduceerd. De vereiste voorwaarden worden, in het kader van het volledig instrument, verder in de tekst omschreven.

Bepaalde elementen moeten, om hun functie degelijk te vervullen, in de software worden geïntegreerd, o.a. in EPICURE, voor het automatisch berekenen van de gezochte indicatoren.

Ook moeten we er rekening mee houden dat sommige noodzakelijke inlichtingen reeds via de toegepaste software worden ingezameld. In dit geval moet men enkel de selectie en de uitvoer ervan programmeren om ze te kunnen gebruiken bij de analyse en geïntegreerde interpretatie van het geheel der elementen.

Tenslotte is het gevangenisbestuur sterk afhankelijk van de verschillende strafrechterlijke instanties die voorafgaandelijk tussenkomen en de gedetineerde populatie bepalen; indien men echt het drugbeleid wil aanpassen, zou het instrument diverse contextuele gegevens moeten integreren. Zo zouden de oriëntatie-instrumenten van het criminele drugbeleid (wetgeving, reglementering, rondzendbrieven, ...) en de statistische gegevens van politie en gerecht rond "drugzaken" geïnventariseerd en bijgestuurd moeten worden telkens het epidemiologisch instrument wordt toegepast. De integratie van de criminaliteitsstatistieken in het epidemiologisch instrument om aan het gevangenisbestuur bijkomende aanwijzingen te geven met betrekking tot de kenmerken van de populatie die zij ten laste zal nemen, dit met het oog op een anticipatorisch beleid, blijft tot op heden een niet te verwezenlijken ideaal en dit door de problemen waarmee de Belgische criminaliteitsstatistieken te kampen hebben. Indien de statistieken van de politie inderdaad worden geïntegreerd en voortdurend bijgestuurd door de

Algemene Politiesteundienst (zonder dat deze statistieken nuttig zijn voor het gevangenisbestuur, door onder meer het groot aantal geseponeerde zaken), is dit voor de strafrechterlijke statistieken niet het geval. Deze laatste worden enerzijds slechts gedeeltelijk geïntegreerd en anderzijds worden ze jaarlijks – maar met meerdere jaren vertraging – opgesteld zodat ze tot nu toe niet nuttig waren voor het gevangenisbestuur.³¹⁴

7.4.2 Het eerste luik: risicofactoren die betrekking hebben op de gezondheid van de gedetineerden

Uit de literatuur hebben we slechts één methode kunnen identificeren om het belang van risicogedrag in gevangenen op een betrouwbare en realistische manier te meten: een enquête via een vragenlijst uitvoeren onder de gedetineerden. In het kader van het huidige onderzoek werd dit luik via een voorafgaande test onderzocht in de gevangenis van Sint Gillis en de gevangenis van Antwerpen. Dankzij deze test hebben we verschillende toepassingsproblemen kunnen identificeren en hebben we oplossingen voorgesteld.

7.4.2.1 Pretest

7.4.2.1.1 Inleiding

In dit deel gaan we vooreerst de gestructureerde vragenlijst voorstellen die zich richt naar de gedetineerden, en het eerste element uitmaakt van het epidemiologisch onderzoeksinstrument. Deze vragenlijst was het onderwerp van enkele aanpassingen nadat het onderworpen werd aan een pretest. Vooreerst zullen we dus bespreken hoe de pretest werd georganiseerd, evenals de resultaten en de analyse van deze gegevens die in dit verband verkregen werden.

We moeten hierbij opmerken dat binnen het onderzoeksteam eerst een grondige discussie werd gevoerd of deze resultaten überhaupt wel zouden vermeld worden in het eindrapport. Voor deze terughoudendheid kunnen een aantal valabele redenen aangevoerd worden. Ten eerste had deze beperkte afname als belangrijkste doelstelling het testen van het ontwikkelde instrument op verstaanbaarheid en hanteerbaarheid, zowel m.b.t. de oproep tot deelname, de instructies als de inhoud en begripbaarheid van de vragen.

Ten tweede, en een nog meer fundamentele reden voor de onderzoekers, was de vrees dat teveel waarde zou gehecht worden aan de verkregen resultaten en dat veralgemeende besluiten zouden getrokken op basis van een pretest. Uiteindelijk werd de vragenlijst slechts afgenomen in één mannengevangenis (namelijk de gevangenis van Sint Gillis) en één vrouwenafdeling (in de gevangenis van Antwerpen) en kunnen de resultaten onder geen beding als representatief worden beschouwd voor de drugproblematiek in alle Belgische penitentiaire instellingen.

³¹⁴ De meest recente gegevens aangaande dit onderwerp vindt men terug in twee documenten : Point d'appui statistique, Service de la politique criminelle, *Données statistiques en matière de condamnations, suspensions, internements, 1995*, Brussel, Ministerie van Justitie, september 1999 ; Secrétariat général, Service statistique, *Les statistiques annuelles des Cours et Tribunaux. Données 1998*, Brussel, Ministerie van Justitie, 1999, n°1.

Het mag dan ook duidelijk zijn dat de hieronder vermelde resultaten met de nodige omzichtigheid moeten behandeld worden en dat het onderzoeksteam zich onmogelijk akkoord kan verklaren met het veralgemenen van deze gegevens voor de totale gevangenispopulatie.

7.4.2.1.2 Voorstelling van de pretest

Zoals hierboven reeds vermeld werd, werd de vragenlijst afgenomen bij vrijwilligers in één mannengevangenis en één vrouwenafdeling.

De keuze voor de mannengevangenis van Sint Gillis werd ingegeven door volgende elementen:

- Sint Gillis heeft een grote populatie gedetineerden (meer dan 600)
- er verblijven personen in voorarrest en gestraften
- er verblijven zowel Franstalige als Nederlandstalige gedetineerden
- de Franstalige en Nederlandstalige onderzoekers konden aldus samen werken en de reacties op de vragen en werkwijze gezamenlijk observeren
- noch Free Clinic, noch Modus Vivendi organiseren activiteiten in deze gevangenis; de graad van bekendheid bij de gedetineerden is minimaal

Bij de keuze voor de vrouwenafdeling in de gevangenis in Antwerpen was vooral het bekendheidsaspect met Free Clinic de motivatie. Free Clinic organiseerde in de vrouwenafdeling groepssessies rond drugs en gezondheid en verschillende vrouwelijke gedetineerden volgden een programma in het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) van Free Clinic. Er konden dus indicaties gevonden worden in hoeverre de vertrouwde met een dienst invloed had op de participatie.

Voor beide gevangenissen werd dezelfde procedure gevolgd qua voorbereiding en afname.

7.4.2.1.3 Voorbereiding

Contacten met de betrokken directie om doelstelling en werkwijze te verduidelijken

Het uithangen van een oproepaffiche in beide landstalen op alle secties onder de titel 'Gezondheid en Drugs'³¹⁵

Verdeling van een meer gedetailleerde brief in beide landstalen³¹⁶ op elke cel aan de dag voorafgaand aan de afname. Deze verdeling gebeurde door het penitentiair personeel.

³¹⁵ zie bijlage 2.1

³¹⁶ zie bijlage 2.2

7.4.2.1.4 Uitvoering

De afname in Sint Gillis gebeurde per sectie. Eén sectie werd per dag geënquêteerd. In totaal werden de vier beschikbare secties op vier verschillende dagen bevestigd; één avondsessie gebeurde voor de vrijwilligers die overdag werkten. De afname in de vrouwenafdeling van Antwerpen gebeurde in één sessie.

Bij de afname waren enkel de enquêteurs in het lokaal aanwezig; noch in Sint Gillis, noch in Antwerpen waren bewaarders aanwezig tijdens de afname. In Sint Gillis waren steeds minimum twee enquêteurs aanwezig, één Franstalig en één Nederlandstalig. In Antwerpen gebeurde de afname door twee Nederlandstalige vrouwelijke enquêteurs.

In Sint Gillis gebeurde de afname in de recreatieruimte op de sectie zelf. De grootte van de groepen schommelde tussen minimum vijf en maximum vijftien. Bij de vrouwen gebeurde dit in een grote leegstaande cel (normaal voor 8 personen).

De participanten kregen de instructies mondeling en schriftelijk³¹⁷ met een korte toelichting en verduidelijking van de doelstellingen van het onderzoek en de afnemende organisaties. De vertrouwelijkheid en de anonimiteit werden extra benadrukt. Naargelang de taal kreeg elke deelnemer een vragenlijst, omslag en een kogelpen voor het invullen. Indien ze vragen niet begrepen konden zij onmiddellijk één van de enquêteurs interpellieren.

Gemiddeld duurde de afname tussen de vijftien en de dertig minuten, afhankelijk van het individu. In enkele uitzonderlijke gevallen (o.a. bij een lage graad van alfabetisme) moesten de enquêteurs meer tussen beide komen en duurde de afname langer. Na het invullen van de vragenlijst sloten de participanten zelf de enquête in de omslag, plakten die dicht en gooiden hun vragenlijst daarna in een klaar staande grote urne.

Bij het verlaten van het lokaal kreeg elke deelnemer een telefoonkaart ter waarde van 200 Belgische franken (dit was trouwens gemeld op de oproepaffiches en in de oproepbrief), enkele informatiebrochures en condooms (voor diegenen die dat wensten).

7.4.2.1.5 Deelname en ervaren knelpunten

In Sint Gillis werd door 230 vrijwilligers deelgenomen aan de afname van de vragenlijst. Tijdens de afname waren er gemiddeld iets meer dan 600 gedetineerden. Dit betekent een participatiegraad van 35% à 38%. Aangezien er bijna dagelijks kleine fluctuaties zijn in de bezettingsgraad en er op vier verschillende dagen geënquêteerd werd is het onmogelijk om de exacte participatiegraad te meten. Toch kan gesteld worden dat dit een lage graad van deelneming is. Dit kan verklaard worden vanuit een aantal gegevens:

Sint Gillis heeft onder haar bezetting enkele minderjarigen. Zij zijn uitgesloten van deelname; 18 gedetineerden ressorteerden tijdens de afname onder het systeem van 'elektronisch toezicht'.

³¹⁷ zie bijlage 2.3

Ofschoon deel uitmakend van de officiële bezetting, verblijven zij niet in de gevangenis en konden niet participeren;

Een belangrijk percentage is noch de Nederlandse, noch de Franse taal machtig. Ofschoon de enquêteurs het noodzakelijk achten dat de vragenlijsten in meerdere talen moeten vertaald worden als men een reëel zicht wilt krijgen op de drugproblematiek in penitentiaire settings, kwamen tijdens deze afname enkel diegenen in aanmerking die één van beide landstalen machtig waren. Een aantal aspirant deelnemers moest trouwens tijdens de afname geweigerd worden omwille van taalproblemen. Hoe groot de totale groep anderstaligen was kon niet met zekerheid achterhaald worden (deze cijfers waren niet beschikbaar; het aantal buitenlanders kan niet gehanteerd worden als criterium aangezien diegenen die één van beide landstalen machtig waren wel konden deelnemen). Een indicatie kan eventueel gevonden worden in het feit dat ongeveer 80 personen onder 'administratieve aanhouding' waren.

Een aantal gedetineerden (een twintigtal) werken buitenshuis onder het regime van halve vrijheid en een aantal werken in de gevangenis zelf. Slechts een beperkt deel participeerde in de avondsessie die voor hen voorzien was. Er kan verondersteld worden dat de telefoonkaart die aan alle participanten gegeven werd voor hen van minder waarde was.

Los van de hierboven vermelde elementen die een meer meetbaar effect hebben op de grootte van de steekproef, zijn er de subjectieve aspecten gelieerd aan het onderwerp zelf die een impact hebben op de participatiegraad. Het feit dat het uiteindelijk een onderzoek betreft naar illegaal druggebruik in een gevangenisomgeving heeft bij een aantal gedetineerden mogelijk gevoelens van wantrouwen opgewekt. In de oproepaffiches en –schrijven werd inderdaad benadrukt dat het over drugs ging; dit kan weerstanden tot deelname (vooral bij druggebruikers?) hebben opgeroepen. Enkele specifieke omstandigheden hebben extra wantrouwen gecreëerd bij de enquêtering in de gevangenis van Sint Gillis. Enkele weken voor de afname van de vragenlijst was er een overdosis met dodelijke afloop met de daarbij gepaard gaande commotie. Hierover verscheen eveneens berichtgeving in Brusselse kranten. De tweede dag van de vier dagen dat de onderzoekers actief waren in de gevangenis van Sint Gillis verscheen er een artikel in de krant 'La Lanterne'³¹⁸. De betrokken journalist vergeleek de overdosis met de enquêtering en suggereerde o.a. dat de onafhankelijkheid van Free Clinic en Modus Vivendi t.o.v. de penitentiaire administratie niet te vertrouwen was. M.a.w. dat het vertrouwelijke en anonieme karakter van het onderzoek, twee fundamentele aspecten die tijdens de oproepen sterk benadrukt werden, niet gegarandeerd waren. De ganse teneur van het artikel was trouwens negatief. Dat dit krantenbericht een directe invloed had op de participatiegraad werd duidelijk tijdens de laatste twee dagen van de enquêtering en werd trouwens bevestigd door enkele deelnemers. Het lijkt dan ook logisch te veronderstellen dat er, uit een schrikreactie, een ondervertegenwoordiging van druggebruikers was in de laatste twee dagen.

Voor de onderzoekers een reden te meer om te waarschuwen voor een veralgemening van de hieronder vermelde resultaten.

³¹⁸ zie bijlage 2.5

In de vrouwenafdeling van de gevangenis van Antwerpen werd door 16 op 26 gedetineerden deelgenomen. Dit is 61% van de totale populatie. Zes vrouwen konden niet deelnemen omwille van taalbarrières; de redenen voor niet deelname van de andere vier vrouwelijke gedetineerden is niet bekend. Dit betekent dat 16 op 20 mogelijke kandidaten effectief meededen, of een participatiegraad van 80%. Dit is beduidend hoger dan bij de mannenpopulatie van Sint Gillis. Omwille van de specifieke moeilijkheden die we ervaren in Sint Gillis kunnen echter geen conclusies getrokken worden m.b.t. de impact die het vertrouwen in een dienst heeft op de participatie.

7.4.2.1.6 Resultaten pretest en bespreking

Het volgende zijn de resultaten van de afname van de vragenlijst die ontwikkeld werd voor gedetineerden.³¹⁹ Er werden 230 vragenlijsten bij de mannen verwerkt en 16 bij de vrouwen voor een totaal van 246 respondenten. Indien er fundamentele verschillen zijn tussen de antwoorden van de mannen en de vrouwen wordt dit in de bespreking aangehaald.

Alle ruwe resultaten worden eveneens vermeld. Dit geeft meer duiding over de moeilijkheden bij het verstaan van de vragen door de participanten en de aanpassingen die werden doorgevoerd op het instrument.

Handleiding bij het lezen van de tabellen:

0: Deze code betekent dat de vraag niet beantwoord werd. Deze mogelijkheid werd de respondenten aangeboden in de instructies en kon door hen benut worden wanneer ze, om welke reden ook, weigerden om de vraag te beantwoorden.

Nvt : Niet van toepassing: Deze code betekent dat de vraag wel beantwoord werd door de respondent maar dat de vraag geen betrekking had op zijn eigen situatie. Deze code was bij een aantal vragen een antwoordcategorie.

3: bij een aantal van de vragen waren meerdere antwoorden mogelijk. Code 3 betekent dat de respondent de vraag beantwoordt heeft maar het desbetreffende item niet heeft aangekruist. Code 3 betekent "niet van toepassing". Bijvoorbeeld: iemand die enkel cannabis en geen andere producten gebruikt in de gevangenis heeft op vraag 19(Welke producten die rondgaan op de "zwarte markt" (illegaal verkregen) heb je tijdens je huidig of vroeger verblijf in de gevangenis gerookt, geslikt of gespoten?) op cannabis gescoord. Voor alle andere antwoordmogelijkheden krijgt hij score 3.

³¹⁹ zie bijlage 2.4 voor de volledige vragenlijst

1) GESLACHT :

Vermits in de gevangenis van Antwerpen 16 vrouwen hebben deelgenomen aan de test, weten we dat er 6 (2.6%) mannen uit de gevangenis van Sint Gilles zijn, die hebben ingevuld dat ze vrouw zijn. Een foutmarge waarbij men, zeker met dergelijke enquêteringen rond illegale activiteiten in een gevangenis, moet rekening houden.

Dit kan verschillende oorzaken hebben:

- sommige gedetineerden vatten de vragenlijst niet ernstig op en doen enkel mee voor de beloning;
- een wantrouwen naar de anonimiteit en vertrouwelijkheid van het onderzoek;
- een taalmoeilijkheid (vreemde nationaliteiten);
- onoplettendheid;
- seksuele identiteitcrisis.

Procentueel vertegenwoordigen vrouwen ongeveer 4% van de globale penitentiaire bevolking³²⁰. 16 vrouwelijke respondenten op 246 betekent 6.5%.

1	aantal	%
0	3	1,22
Man	221	89,84
Vrouw	22	8,94
Totaal	246	100,00

2) LEEFTIJD:

77% van de participanten zijn 35 jaar of jonger. Dit is vergelijkbaar met de 80% van de globale gevangenispopulatie die jonger is dan 40 jaar.³²¹

2.	Aantal	%
0	2	0,81
Jonger dan 21	25	10,16
21-25 jaar	60	24,39
26-30 jaar	54	21,95
31-35 jaar	49	19,92
Ouder dan 35 jaar	56	22,76
Totaal	246	100,00

³²⁰ Directoraat-generaal Strafinrichtingen, *Jaarverslag 1998*, p. 105, Ministerie van Justitie, 1999

³²¹ Hoofdstuk 3 : 3.3.2. verdeling volgens leeftijd en sekse

3) HOEVEEL KEER ZAT JE AL VÓÓR JE HUIDIGE OPSLUITING IN DE GEVANGENIS?

Iets meer dan 1 op 3 van de respondenten verblijft voor de eerste keer in de gevangenis. 2 op 3 zijn recidivisten, waarbij de grootste groep (37 %) reeds minimaal 2 keer in detentie verbleef.

Uit de resultaten van vraag 11 'druggebruik buiten de gevangenis' konden 118 op 246 respondenten beschouwd worden als druggebruikers, t.t.z. alleen gebruik van illegale middelen en medicatie. Van deze groep zat de helft reeds meerdere keren in de gevangenis. Voor de helft van de niet-gebruikers is dit hun eerste verblijf in de gevangenis.

3.	aantal	%
0	2	0,81
Nooit	89	36,18
1 keer	64	26,02
2 keer of meer	91	36,99
Totaal	246	100,00

4) WERD JE DE LAATSTE KEER AANGEHOUDEN

Bij 30 % van de respondenten waren bij de laatste aanhouding drugsfeiten de oorzaak of één van de oorzaken.

4.	aantal	%
0	15	6,10
Alleen voor drugs	33	13,41
Voor drugs en voor andere feiten	41	16,67
Alleen voor andere feiten	157	63,82
Totaal	246	100,00

5) BEN JE OP DIT OGENBLIK:

De 10 respondenten die onder de code 0 vallen werden allen geregistreerd bij de mannen. Hier zijn twee mogelijke verklaringen voor; namelijk sommigen zaten onder een systeem van halve vrijheid of administratieve aanhouding (illegalen). Bij gebrek aan deze specifieke keuze mogelijkheden opteerden ze ervoor om niets in te vullen i.p.v. andere. Deze categorieën zullen opgenomen worden in de definitieve vragenlijst. Bij de vrouwen scoorden 14 op 16 respondenten 'voorarrest'. Op 30.12.98 waren er in de Belgische gevangenissen 8286 gedetineerden (minderjarigen niet inbegrepen)³²². 60.90% (5053) waren definitief veroordeeld, in deze steekproef is dat bijna 55%; 27% (2152) was in voorarrest, het hogere percentage (35%) in onze steekproef kan toegeschreven worden aan het hoge percentage voorarrest van de vrouwelijke respondenten, maar ook aan het feit dat Sint Gillis een tweede lijns arresthuis is.

³²²Directoraat-generaal Strafinrichtingen, *Jaarverslag 1998*, p. 111, Ministerie van Justitie, 1999

5.	<i>aantal</i>	<i>%</i>
0	10	4,07
<i>In voorarrest</i>	87	35,37
<i>Veroordeeld</i>	135	54,88
<i>Geïnterneerd</i>	3	1,22
<i>Andere</i>	11	4,47
<i>Totaal</i>	246	100,00

6) HOELANG BEN JE NU IN DE GEVANGENIS?

Uit de verdeling blijkt dat in de steekproef respondenten te vinden zijn met zeer kort verblijf tot lang verblijf (1/3 verblijft langer dan één jaar in de huidige detentie).

Bij het vergelijken van de situatie van druggebruikers en niet gebruikers vóór detentie, blijkt dat gebruikers meer in de categorie "tussen één maand en 1 jaar" zitten, en dat niet-gebruikers relatief vaker in de categorie "langer dan 1 jaar" zitten. Dit kan een indicatie zijn van het feit dat druggebruikers meestal voor kortere periodes in detentie verblijven.

6.	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
0	4	1,63
<i>Minder dan een maand</i>	22	8,94
<i>1 maand -1 jaar</i>	139	56,50
<i>>1 jaar</i>	81	32,93
<i>Totaal</i>	246	100,00

7) HEB JE TIJDENS DE LAATSTE MAAND VAN DEZE OPSLUITING DE KANS GEHAD?

a) om te werken

De helft van de respondenten heeft geen werkmogelijkheden gehad. Bij de 36.5% die ja antwoordden ontbreken meer kwalitatieve gegevens (zoals type werk, tijdsinvestering). Het relatief hoge percentage dat de vraag niet beantwoordde is een vraagteken.

7a.	<i>aantal</i>	<i>%</i>
0	31	12,60
<i>Ja</i>	90	36,51
<i>Neen</i>	125	50,82
<i>Totaal</i>	246	100,00

b) om een opleiding te volgen

30% begrijpt waarschijnlijk de term opleiding niet en vulde niets in (code 0). Een herformulering van de vraag dringt zich op. Slechts 23.5% (minder dan 1 op 4) antwoordt ja. Hierbij geldt echter hetzelfde probleem dan onder 7a., namelijk het ontbreekt ons aan kwalitatieve gegevens (welke opleidingen, hoe tijdsintensief). Bijna 50% antwoordt ook hier neen.

7b.	Aantal	%
0	72	29,37
Ja	58	23,58
Neen	116	47,15
Totaal	246	100,00

c) aan sport, ontspanning te doen

Het aantal ja antwoorden is hier bijna identiek als bij vraag '7a. Werk', namelijk 88 (36%) en 90 (36.5%). Het aantal neen antwoorden ligt iets lager dan bij '7a. Werk' en '7b. Opleiding' maar blijft toch de grootste groep respondenten met 43%. Dit betekent dat ongeveer de helft van de deelnemers zowel wat betreft werk, opleiding als ontspanning een negatief antwoord geeft. Ook hier valt het hoge percentage van niet antwoorders op (21%) en ontbreken weer kwalitatieve gegevens. Herformulering en verduidelijkingen dringen zich dus op bij deze vragen. Het verkrijgen van meer kwalitatieve gegevens in een gestructureerde vragenlijst kan echter moeilijk haalbaar zijn zonder teveel complexiteit in te bouwen.

7c.	Aantal	%
0	51	20,73
Ja	88	36,18
Neen	107	43,09
Totaal	246	100,00

8) HEB JE TIJDENS DE LAATSTE MAAND VAN DEZE OPSLUITING BEZOEK ONTVANGEN?

De overgrote meerderheid (bijna 70%) heeft effectief bezoek ontvangen; dit betekent echter wel dat 30 % van de gedetineerden geen externe contacten heeft. We merken wel een verschil naargelang de aard van de detentie. Namelijk 79% van diegenen in voorarrest hebben bezoek ontvangen t.o.v. 64% van de veroordeelden en slechts 33% van de geïnterneerden.

8.	aantal	%
0	8	3,25
Ja	168	68,29
Neen	70	28,46
Totaal	246	100,00

9) TIJDENS DE LAATSTE MAAND VAN DEZE OPSLUITING VERVEEL IK MIJ

Bij 2/3 (67%) van de respondenten is verveling blijkbaar troef, 35% scoort immers veel en 31% scoort 'heel de tijd'. Slechts iets meer dan 10% duidt de antwoordoptie 'niet' aan, bijna de helft van deze respondenten scoorde positief op vraag '7a. Werk'. Er was geen merkbaar verschil tussen de antwoorden van de mannen en de vrouwen op deze vraag.

De subjectieve beleving van verveling is dus dominant aanwezig bij de gedetineerden.

9.	aantal	%
0	3	1,22
Niet	29	11,79
Een beetje	50	20,33
Veel	87	35,37
Heel de tijd	77	31,30
Totaal	246	100,00

10) HOE ZOU JE JOUW EMOTIONELE EN PSYCHISCHE TOESTAND TIJDENS DE LAATSTE MAAND VAN JE OPSLUITING OMSCHRIJVEN?

108 op 246 (46%) respondenten scoren de antwoordoptie 'slecht', en nog eens 70 (28.5%) voelen zich 'niet zo goed'. Dit betekent dat 72% van de steekproef hun eigen psychische/emotionele toestand als benard beschouwen. 8% daarentegen voelen zich heel goed in de gevangenis. Een gevangenisregime wordt soms subjectief als iets goed beschouwt omdat het hun structuur biedt en de kans om tijdelijk aan de vereisten van een leven in de buitenwereld te ontsnappen. Daartegenover zegt 90% van de personen die bevraagd werden en die niet veroordeeld zijn, in voorhechtenis zijn of onder internering vallen ("andere") dat ze zich zeer slecht voelen in de gevangenis.

Verveling en psychisch onwelzijn (o.a. depressie) werden in de pre-enquête verschillende keren vermeld als belangrijke risicofactoren voor beginnend druggebruik, hervat en voortgezet gebruik. De verkregen resultaten op deze beperkte steekproef duiden dus op een groot potentieel kandidaten waarvoor deze risicofactoren geldig kunnen zijn.

De vergelijking met de druggebruikers leert dat 9 druggebruikers (7%) effectief 'ik voel me heel goed' scoren. Vooral harde gebruikers scoren vaker 'redelijk goed'. Anderzijds scoren druggebruikers relatief frequenter 'helemaal niet goed' t.o.v. niet -gebruikers. Dit verschil is desondanks niet-significant.

10.	aantal	%
0	4	1,63
<i>Ik voel me slecht</i>	108	45,76
<i>Ik voel me niet zo goed</i>	70	28,46
<i>Ik voel me redelijk goed</i>	45	18,29
<i>Ik voel me heel goed</i>	19	7,72
Totaal	246	100,00

11) WELKE DRUGS HEB JE GEBRUIKT DE LAATSTE MAAND VÓÓR JE OPSLUITING?(ALLE GEBRUIKTE DRUGS VERMELDEN)

De vraag over druggebruik heeft betrekking op de maand voorafgaand aan de huidige detentie, wat toelaat om een precieser beeld te krijgen over het recente druggebruik en wat relevanter om een zicht te krijgen over het geheel van de problematiek in de gevangenis dan een peiling over het gebruik gedurende de ganse levensloop.

36 respondenten gebruikten heroïne in de laatste maand. Dat is 15% van de totale populatie, ¼ (25%) gebruikte intraveneus.

11.1 Heroïne	aantal	%
0	8	3,25
<i>Roken en/of slikken</i>	27	10,98
<i>Spuiten</i>	9	3,66
3	202	82,11
Totaal	246	100,00

Cocaïne was populairder dan heroïne vóór de huidige opsluiting. 53 respondenten (21.5%) gebruikten cocaïne t.o.v. 36 (14.64%) heroïne. Het aantal intraveneuze cocaïnegebruikers is met 13 respondenten eveneens 25%.

11.2 Cocaïne	aantal	%
0	8	3,25
<i>Roken en/of slikken</i>	40	16,26
<i>Spuiten</i>	13	5,28
3	185	75,20
Totaal	246	100,00

Amfetamines (speed) is met een gebruik door 8% van de respondenten minder populair dan cocaïne en heroïne. 1 persoon op 4 gebruikt speed intraveneus.

11.3 Speed	aantal	%
0	8	3,25
Roken en/of slikken	14	5,69
Spuiten	5	2,03
3	219	89,02
Totaal	246	100,00

Het percentage (9%) dat ecstasy gebruikt is vergelijkbaar met de 8% die speed gebruikt.

Twee respondenten geven aan XTC te spuiten. Hoewel dit niet onmogelijk is, lijkt het ons weinig waarschijnlijk. Misschien is dit een invulfout van de respondent?

11.4 XTC	aantal	%
0	9	3,66
Roken en/of slikken	20	8,13
Spuiten	2	0,81
3	215	87,40
Totaal	246	100,00

Ook bij LSD en andere tripmiddelen vinden we twee respondenten (dezelfde) die injecteren als gebruikswijze geven vermelden. Hierbij geldt dezelfde bemerking als voor 11.4 XTC.

LSD wordt in totaal door iets meer dan 6% van de participanten gescoord.

11.5 LSD	aantal	%
0	9	3,66
Roken en/of slikken	13	5,28
Spuiten	2	0,81
3	222	90,24
Totaal	246	100,00

Bij een onderlinge vergelijking blijkt dat 8 respondenten zowel speed, XTC als LSD gebruiken vóór hun opsluiting. Dit is 42% van de totale populatie speedgebruikers. Twee respondenten gebruiken speed én XTC en nog eens twee duiden speed én LSD aan. 4 respondenten gebruiken XTC én LSD.

11% (27 respondenten) van de steekproef gebruikte methadon in de laatste maand voor de opsluiting. 22% van deze groep gebruikte methadon intraveneus. Slechts één vrouwelijke respondent meldde het gebruik van methadon.

Het injecteren van methadon is een bekend fenomeen, ofschoon meldingen van deze gebruikswijze meer voorkomen in het Franstalig landsgedeelte. Dit antwoord kan dus juist zijn.

Van de 27 respondenten die methadon gebruikten, waren er ook 21 die eveneens cocaïne gebruikten. Dat is 77% van de methadonpopulatie. In een, nog niet gepubliceerd, onderzoek van Free Clinic bij 100 gemarginaliseerde methadongesubstitueerde gebruikers was er variabel bijgebruik van cocaïne bij 82 respondenten. Deze gegevens zijn dus vrij vergelijkbaar met de 77% die hier wordt vastgesteld.

11.6 Methadon	Aantal	%
0	8	3,25
Roken en/of slikken	21	8,54
Spuiten	6	2,44
3	211	85,77
Totaal	246	100,00

Meer dan 40% gebruikte cannabisproducten in de laatste maand vóór de opsluiting. Dit is de grootste groep en beduidend hoger dan andere producten.

Hoewel het niet onmogelijk is om hashish te spuiten, zoals gescoord door 3 respondenten, lijkt het weinig waarschijnlijk en gaat het hier eerder over een invulfout.

11.7 Cannabis, Hashish	Aantal	%
0	8	3,25
Roken en/of slikken	97	39,43
Spuiten	3	1,22
3	138	56,10
Totaal	246	100,00

14% meldt het gebruik van benzodiazepines. Die groep is van dezelfde grootteorde als de groep heroïnegebruikers.

Het injecteren van benzodiazepines is een bekend fenomeen.

Een kruisvergelijking leert dat van de 34 benzodiazepines gebruikers er 18 (53%) eveneens heroïne gebruiken, dus meer dan 1 op 2.

11.8 Benzodiazepines	aantal	%
0	8	3,25
Roken en/of slikken	31	12,60
Spuiten	3	1,22
3	204	82,93
Totaal	246	100,00

Het gebruik van barbituraten komt enkel voor in 5% van de gevallen.

Het injecteren van barbituraten is een bekend fenomeen.

11.9 Barbituraten	aantal	%
0	8	3,25
Roken en/of slikken	10	4,07
Spuiten	2	0,81
3	226	91,87
Totaal	246	100,00

In hoeverre benzodiazepines en barbituraten door de respondenten verward worden of als hetzelfde beschouwd worden, kan niet uit de gegevens worden opgemaakt.

Na cannabisproducten met 40% is alcohol met bijna 30% het meest gebruikte product vóór de opsluiting. Er is dus potentieel een grote groep aanwezig die binnen detentie mogelijk naar alcoholsubstituten gaat grijpen.

Het injecteren van alcohol is een bekend fenomeen.

11.10 Alcohol	aantal	%
0	8	3,25
Roken en/of slikken	71	28,86
Spuiten	2	0,81
3	165	67,07
Totaal	246	100,00

Slechts 3% duidt de keuzemogelijkheid 'andere' aan. Volgende producten werden daarbij vermeld: Subutex® (buprenorphine zoals Temgesic®, dat in Frankrijk frequent gebruikt wordt als substitutiemedicatie voor heroïne) manen); Crack (wat dus onder cocaïne kan gescoord worden); Bier (= alcohol); Seroxat®; Doornappel, antidepressiva, kalmeermiddelen (= benzodiazepines) en neuroleptica.

Bijna 40 % van de respondenten geven aan niets gebruikt te hebben in de maand voor de opsluiting t.o.v. 60% die wel iets gebruiken. Hoeveel van de 98 niet-gebruikers dit antwoord gaven omdat het in hun beleving het meest 'sociaal aanvaardbare' was, kan niet achterhaald worden uit de resultaten. Als we alcohol uit de resultaten halen, betekent dat 50% van de respondenten het gebruik van illegale drugs of illegaal verkregen middelen aanduidt.

11.14 Niets gebruikt	aantal	%
0	8	3,25
Ja	98	39,84
3	140	56,91
Totaal	246	100,00

Overzicht aantal producten per respondent (vóór de opsluiting)

Aantal producten	Aantal	
Niets ingevuld	8	3,25
0	98	39,84
1	57	23,17
2	27	10,98
3	14	5,69
4	15	6,10
5	7	2,85
6	8	3,25
7	7	2,85
8	3	1,22
11	2	0,81
Totaal	246	100,00

Iets meer dan 3% heeft niets ingevuld op deze vraag. Of deze acht respondenten weigerden te antwoorden of de vraag verkeerd begrepen kan niet vastgesteld worden.

40% heeft niets gebruikt en 23% gebruikte 1 product vóór detentie. Bijna 11% gebruikte twee producten, terwijl er geen aantoonbaar verschil is (namelijk 5.69% t.o.v. 6.10%) van respondenten die 3 of 4 producten gebruiken. Twee participanten (1%) duiden 11 producten aan. In hoeverre dit waarheidsgetrouw is een vraagteken.

Overzicht producten van de respondenten die slechts één product gebruiken vóór hun opsluiting

Product	Aantal	%
Alcohol	19	33,33
Hashish	32	56,14
Benzodiazepines	4	7,02
Speed, amfetamines	1	1,75
Cocaine	1	1,75
Totaal	57	100,00

Cannabisproducten (56%) en alcohol (33%) zijn samen goed voor 89%. Het zijn dan ook overduidelijk die producten die het meest alléén gebruikt worden. 7% (4 respondenten) voor benzodiazepines en 1 antwoord (2%) voor respectievelijk speed en cocaïne zijn te verwaarlozen aantallen op de totale steekproef.

Overzicht gemiddeld aantal producten bij de respondenten die minstens 2 producten gebruiken vóór hun opsluiting

Aantal producten	Aantal	%
2	27	32,53
3	14	16,87
4	15	18,07
5	7	8,43
6	8	9,64
7	7	8,43
8	3	3,61
11	2	2,41
Totaal	83	100,0

Gemiddeld gebruikten de respondenten, die minstens 2 producten gebruikten, 4,02 producten. Een kwart van deze groep gebruikt niet meer dan 2 producten en de helft gebruikt niet meer dan 3 producten. *Eén derde* van deze groep gebruikte echter 5 of meer producten. Er zijn dus voldoende indicaties dat polidruggebruik in de laatste maand voor de opsluiting ook in de steekproef aanwezig was.

12) WELK VAN DEZE MIDDELEN WAS, VÓÓR JE OPSLUITING, JE LIEVELINGSPRODUCT (SLECHTS 1 PRODUCT VERMELDEN) ?

Het percentage dat de vraag niet beantwoordde ligt boven de 10%. Dit kan enerzijds te maken hebben met het feit dat er geen duidelijke keuze is voor een bepaald product, anderzijds kunnen een aantal niet-gebruikers de vraag open gelaten hebben, aangezien slechts 35% (of 87 respondenten) de code 'niet van toepassing aanstippen' en slechts 1 persoon 'niets' invult.

De 'hitparade' van producten geeft cannabisproducten de eerste plaats met 16%, gevolgd door cocaïne (12%) en alcohol (9%). Heroïne komt op de vierde plaats met 8%. Andere producten halen nooit meer dan 2.5%.

Globaal betekent dit dat meer dan 40% van de respondenten, vóór detentie, een illegale drug als lievelingsproduct citeert. Namelijk het totaal aantal respondenten vermindert met de niet-gebruikers, diegenen die onder code O vallen, de alcoholgebruikers, de benzodiazepines en barbituraatgebruikers (voor zover deze twee laatste groepen hun medicatie niet illegaal betrekken).

Opmerking : voor de keuze 'andere' wordt door de twee respondenten de combinatie heroïne - cocaïne ('snowball') vermeld.

12.	Aantal	%
<i>0</i>	27	10,98
<i>Hashisch</i>	40	16,26
<i>Cocaïne</i>	29	11,79
<i>Alcohol</i>	23	9,35
<i>Heroïne</i>	19	7,72
<i>XTC</i>	6	2,44
<i>Benzodiazepines</i>	6	2,44
<i>Speed, amfetamines</i>	3	1,22
<i>Barbituraten</i>	2	0,81
<i>Andere</i>	2	0,81
<i>LSD, paddestoelen</i>	1	0,41
<i>Niets</i>	1	0,41
<i>Nvt</i>	87	35,37
Totaal	246	100,00

13) VOLGDE JE EEN DRUGPROGRAMMA VOOR JE AANKOMST IN DE GEVANGENIS?

13% van de totale steekproef volgde één of ander drugprogramma. De overgrote meerderheid van hen (84%) volgde een methadonprogramma. Slechts 5 respondenten (2% van de totale populatie; 16% van de groep die een programma volgde) hadden een drugprogramma zonder methadon. Kwalitatieve gegevens die duiding geven over welk programma ontbreken. De lage score kan wel duiding geven over de beperktheid van voorzieningen voor gebruikers van andere producten dan heroïne. Cocaïne en speedverslavingen zijn ook in de verslavingszorg procentueel minder aanwezig.

Onder vraag 11.6 methadon gaven 27 respondenten methadongebruik aan in de laatste maand voor de opsluiting. Hier duiden 26 participanten aan een methadonprogramma te volgen. Een kruisvergelijking leert dat 17 respondenten methadongebruik melden in vraag 11.6 en vraag 13. Een mogelijke verklaring kan besloten liggen in het feit dat vraag 11 geïnterpreteerd werd als alleen illegale producten, waardoor 7 respondenten die een programma volgden niet positief geantwoord hebben en dat er 16 op 27 methadonrespondenten van vraag 11 het product illegaal gebruiken. Een verduidelijking van de vragen dringt zich dan op.

13.	aantal	%
<i>0</i>	16	6,50
<i>Nvt</i>	76	30,89
<i>Neen</i>	123	50,00
<i>Ja, met methadon</i>	26	10,57
<i>Ja, zonder methadon</i>	5	2,03
Totaal	246	100,00

14) INDIEN JE EEN PROGRAMMA VOLGDE MET METHADON, WAT GEBEURDE ER BIJ JE LAATSTE AANKOMST IN DE GEVANGENIS?

33 respondenten (13%) van de totale populatie geven duiding over de follow-up van hun methadon. Dit aantal is hoger dan de 26 participanten die op vraag 13 aangaven een methadonprogramma te volgen; het verschil kan haar oorzaak hebben in de groep die methadon op illegale wijze gebruikte.

Bij de grootste groep werd de behandeling stopgezet via een afbouwschema (18 = 55%); voor 1 persoon op 3 werd de behandeling onmiddellijk stopgezet, voor een kleine minderheid (4, waaronder 1 vrouwelijke gedetineerde) werd de behandeling verder gezet. Bij de laatste groep zijn er geen gegevens beschikbaar in hoeverre er eveneens een afbouw gebeurde (interpretatie van de keuzemogelijkheden).

Bij de 26 respondenten die op vraag 13 aangaven een methadonprogramma buiten te volgen scoorden 14 op vraag 14 een afbouwschema, 8 een onmiddellijke stopzetting, 2 een verder zetten en 1 respondent viel onder code 0, 1 onder 'nvt'.

Hierbij moet ook herhaald worden dat er zeer grote verschillen zijn m.b.t. de medicamenteuze behandeling naargelang de penitentiaire instelling. Er kunnen dus zeker geen veralgemeningen gemaakt worden op deze gegevens.

14.	aantal	%
0	31	12,60
<i>Niet van toepassing</i>	182	73,98
<i>De behandeling werd verder gezet zonder onderbreking</i>	4	1,63
<i>De behandeling werd onmiddellijk stopgezet bij aankomst</i>	11	4,47
<i>De behandeling werd stopgezet via een afbouwschema van enkele weken</i>	18	7,32
Totaal	246	100,00

15) HOE OUD WAS JE TOEN JE VOOR DE EERST KEER DRUGS SPOOT?

Er zijn in totaal 41 respondenten die ooit geïnjecteerd hebben; dit is 17% van de totale populatie. Dit komt overeen met het percentage van 15% IVD's in detentie dat verondersteld wordt.

23 op 41 (56%) van de IVD was jonger dan 20 jaar bij de eerste injectie. Meer dan 80% is jonger dan 25. In een recent onderzoek van Free Clinic bij 248 (ex)intraveneuze druggebruikers³²³ was de gemiddelde startleeftijd voor injecterend gebruik 20.41 jaar met 14 jaar als laagste leeftijd voor de mannen, 13 jaar voor de vrouwen. De gegevens in dit onderzoek zijn vrij vergelijkbaar. Gelijkaardige gegevens werden vastgesteld bij de enquêtes van 'boule-de-neige' die door Modus Vivendi gerealiseerd werden in de Franstalige Gemeenschap.³²⁴

³²³ TODTS S., DE MAERE W., DRIESEN G., KINABLE H.; Risicogedrag bij Druggebruikers, Congresboek Hepatitis C, 1997, pag. 285

³²⁴ HARIGA F., GOOSDEEL A.; Euro Boule-de-neige 1998. Modus Vivendi . Carnet du risque N°28

15.	aantal	%
0	25	10,16
nooit gespoten	180	73,17
Jonger dan 15	10	4,07
Jonger dan 20	13	5,28
Jonger dan 25	10	4,07
ouder dan 25	8	3,25
Totaal	246	100,00

16) HOEVEEL KEER HEB JE DRUGS GESPOTEN IN DE LAATSTE MAAND VOOR JE IN DE GEVANGENIS KWAM?

Bij de vraag naar intraveneus gebruik in de laatste maand scoren in totaal 23 participanten, wat 56% is van de 41 respondenten uit vraag 15.

Aangezien de code 'niet gespoten in de laatste maand' geen deel uitmaakte van de antwoordmogelijkheden bij deze vraag, kan verondersteld worden dat de overige 18 respondenten uit vraag 15 hier de vraag beantwoord hebben als 'nooit gespoten' of code '0'.

Herformulering van de vraag dringt zich hier op.

16.	Aantal	%
0	26	10,57
nooit gespoten	197	80,08
alle dagen	9	3,66
een paar keer per week	6	2,44
een paar keer per maand	8	3,25
Totaal	246	100,00

17) WANNEER WAS DE LAATSTE KEER DAT JE BUITEN DRUGS SPOOT?

Van de 26 respondenten die op vraag 16 IV gebruik in de laatste maand aangaven, heeft 50% (13 antwoorden) de dag of avond voor de opname in de gevangenis nog geïnjecteerd.

Er zijn eveneens kleine verschillen waar te nemen t.o.v. de antwoorden op de vorige vragen. Het totaal aantal die hier geïnjecteerd hebben is 37 i.p.v. de 41 uit vraag 15. Het is niet duidelijk waarom men een verschil heeft van vier respondenten. Eén van de mogelijkheden, die trouwens uit interviews in het risicogedragsonderzoek van Free Clinic aan bod kwamen, is de subjectieve beleving van de druggebruiker die maakt dat enkele uitzonderlijke injecties soms ontkend worden.³²⁵

³²⁵ TODTS S., DE MAERE W., DRIESEN G., STEYVERS M., KINABLE H.; Onderzoeksrapport Free Clinic-GIG naar risicogedrag bij druggebruikers; Hepatitis C Congresboek, pp. 277 –306, oktober 1997

De drie respondenten die ontbreken uit vraag 17 (26 ja antwoorden op gebruik in de laatste maand) kunnen waarschijnlijk gesitueerd worden onder de zes die hier 'tussen 1 maand en 1 jaar' hebben gescoord.

17.	aantal	%
0	21	8,54
<i>nooit gespoten</i>	188	76,42
<i>De dag of avond voor mijn opname in de gevangenis</i>	13	5,28
<i>Minder dan 1 maand voor mijn opname</i>	7	2,85
<i>Tussen 1 maand en 1 jaar voor mijn opname</i>	6	2,44
<i>Langer dan 1 jaar geleden</i>	11	4,47
<i>Totaal</i>	246	100,00

18) HEB JE SPUITMATERIAAL (SPUIT, NAALD, LEPEL, FILTER, WATER) GEDEELD DE LAATSTE KEER DAT JE SPOOT VÓÓR JE OPNAME IN DE GEVANGENIS?

De antwoordmogelijkheid 'neen, niet gedeeld' moet in verdere afnamen toegevoegd worden bij deze vraag. Het is duidelijk dat heel wat respondenten nu onder 'nooit gespoten' hebben geantwoord bij gebrek aan andere keuzemogelijkheden.

9% van de totale populatie geven aan ooit injectiemateriaal gedeeld te hebben. Dit is 49% van de IVD's. Dit komt overeen met de resultaten uit de Free Clinic studie³²⁶ waarbij 48.5% van de actieve IVD's materiaal had gedeeld. Voor de grootste groep (62%) gebeurde dat delen met de partner. Dit is dezelfde trend als in de meeste studies. Een vaste partner, vooral een seks partner, wordt blijkbaar (al dan niet terecht) beschouwd als een kleiner risico om injectiemateriaal mee te delen. Gelijkaardige gegevens werden vastgesteld bij de enquêtes van 'boule-de-neige' die door Modus Vivendi gerealiseerd werden in de Franstalige Gemeenschap.

18.	aantal	%
0	31	12,61
<i>Nooit gespoten</i>	194	78,86
<i>Ja, met mijn partner</i>	13	5,28
<i>Ja, met één of meerdere vrienden</i>	6	2,44
<i>Ja, met één of meerdere onbekenden</i>	2	0,81
<i>Totaal</i>	246	100,00

³²⁶ TODTS S., DE MAERE W., DRIESEN G., Kinable H.; Risicogedrag bij Druggebruikers, Congresboek Hepatitis C, 1997, pag. 296

19) WELKE PRODUCTEN DIE RONDGAAN OP DE "ZWARTE MARKT" (ILLEGAAL VERKREGEN) HEB JE TIJDENS JE HUIDIG OF VROEGER VERBLIJF IN DE GEVANGENIS GEROOKT, GESLIKT OF GESPOTEN? (ALLE GEBRUIKTE DRUGS VERMELDEN: MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK).

Tijdens deze afname werd de vraag naar gebruikte producten bevraagd voor alle detenties, ook de voorgaande.

Het antwoord op deze vraag kan dus moeilijk zijn voor de respondenten indien er meerdere detenties zijn geweest, waarbij er zowel druggebruik als geen druggebruik kan voorgekomen zijn. Bijvoorbeeld vorige hechtenis drugs gebruikt, deze hechtenis niets gebruikt.

Alle producten hieronder vermeld hebben ook betrekking op het illegale circuit; dit geldt eveneens voor medicatie zoals benzodiazepines, methadon en barbituraten.

In de totaliteit geven 40% van de respondenten, tijdens hun leven, het gebruik van illegale drugs (alcohol niet inbegrepen) in de gevangenis aan

31 respondenten (13%) geven gebruik van heroïne toe in de gevangenis. Dit is een stijging van 5 (2%) t.o.v. de 26 uit vraag 11.1. De frequentie van IV gebruik daalt van 9 in vraag 11.1 naar 2. Dit bevestigt de stelling dat er minder geïnjecteerd wordt in de gevangenis.

19.1 Heroïne	Aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	29	11,79
Spuiten	2	0,81
3	199	80,89
Totaal	246	100,00

Het gebruik van cocaïne daalt van 53 (21.50%) naar 22 (9%), wat bevestigt dat cocaïnegebruik wel voorkomt in detentie, maar een minder populaire gevangenisdrug is.

Het injecteren daalt ook hier relevant (van 13 naar 2).

19.2 Cocaïne	aantal	%
0	17	6,91
Roken en/of slikken	20	8,13
Spuiten	2	0,81
3	207	84,15
Totaal	246	100,00

Het gebruik van speed blijft constant (19 onder vraag 11.3; 20 ja antwoorden hier). Ofschoon speed eveneens geciteerd wordt als een minder populaire gevangenisdrug, komt dit niet tot uiting in deze steekproef. Het percentage speedgebruikers blijft ook in detentie stationair op 8%. Dat polidruggebruik ook meer en meer in detentie voorkomt kan hiervoor een reden zijn, een andere reden kan besloten liggen in het feit dat speed één van de goedkoopste 'zwarte markt' producten is. Het IV gebruik daalt echter ook hier (van 5 naar 2).

19.3 Speed	aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	18	7,32
Spuiten	2	0,81
3	210	85,37
Totaal	246	100,00

Het gebruik van XTC daalt van 9% naar 5% (22 naar 12). IV gebruik wordt door niemand gemeld.

19.4 XTC	aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	12	4,88
3	218	88,62
Totaal	246	100,00

Ook bij LSD en andere tripmiddelen wordt geen IV gebruik meer gemeld, terwijl ook het gebruik in detentie zwaar daalt, namelijk van 15 (6%) naar 5 (2%).

Ecstasy en LSD zijn dus blijkbaar veel minder gegeerd in detentie dan speed. Of dit te maken heeft met de soms hevige hallucinogene effecten en het incompatibele van deze effecten met het leven in een cel, kon niet uitgemaakt worden.

19.5 LSD	aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	5	2,03
3	225	91,46
Totaal	246	100,00

Cijfermatig gebruiken 12 respondenten (5%) methadon uit het illegale circuit in de gevangenis. Een daling met meer dan 50%; IV gebruik komt niet meer voor. De vraag die kan gesteld worden is in hoeverre duidelijk begrepen werd dat het om het illegale circuit gaat.

19.6 Methadon	aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	12	4,88
3	218	88,62
Totaal	246	100,00

Cannabisgebruik blijft ook in detentie de meest populaire drug met een lichte daling (van 100 respondenten naar 90, of van 40.5% naar 36.5%). Dit bevestigt de meeste onderzoeksresultaten die duiden dat cannabis de hoogste gebruiksprevalentie heeft in gevangenis.

19.7 Hashish	aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	90	36,59
3	140	56,91
Totaal	246	100,00

Het gebruik van benzodiazepines blijft stationair. 34 (14%) op vraag 11.8 naar 32 (13%) hier.

Net zoals bij methadon en barbituraten (hieronder) moet de vraag gesteld worden in hoeverre door alle respondenten duidelijk begrepen werd dat het hier om de illegale markt gaat.

19.8 Benzodiazepines	aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	32	13,01
3	198	80,49
Totaal	246	100,00

Het gebruik van barbituraten blijft eveneens gelijk. 12 (4.88%) t.o.v. 11 (4.47%) hier.

19.9 Barbituraten	aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	11	4,47
3	219	89,02
Totaal	246	100,00

Alcohol maakt relatief gezien de grootste daling. Van de 73 respondenten (bijna 30%) uit vraag 11.10 geven hier nog 32 (of 13%) aan alcohol te gebruiken in detentie. Bereikbaarheid kan daarbij een rol spelen (een fles whisky is moeilijker binnen te smokkelen dan 1 gram heroïne). Uit deze resultaten kan niet afgelezen worden in hoeverre alcoholsubstituten (zoals aftershave) gescoord werden bij de 32 respondenten die positief gescoord hebben op deze vraag en hoeveel van de anderen eveneens dergelijke substituten gebruiken maar het niet als alcohol beschouwen en dus niet scoorden op deze vraag.

19.10 Alcohol	aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	32	13,01
3	198	80,49
Totaal	246	100,00

De twee scores 'andere' hadden betrekking op Subutex (vervangmedicatie voor heroïne) en 'tosch' (andere naam voor cannabisproducten)

19.11 Andere	aantal	%
0	16	6,50
Roken en/of slikken	2	0,81
3	228	92,68
Totaal	246	100,00

Iets meer dan de helft (52%) geeft aan niets illegaals te gebruiken in de gevangenis. 42 % daarentegen gebruikt één of meerdere illegale producten, terwijl 6.50% geen antwoord geeft. Uit deze steekproef blijkt dus duidelijk dat druggebruik binnen detentie door een belangrijk percentage van de gevangenispopulatie geïmplementeerd wordt.

19.14 Niets	aantal	%
0	16	6,50
Ja	127	51,63
3	103	41,87
Totaal	246	100,00

20) WELK VAN DEZE MIDDELEN IS, TIJDENS JE OPSLUITING, JE LIEVELINGSPRODUCT: (SLECHTS 1 PRODUCT VERMELDEN)

Dat cannabisproducten veruit de voorkeursdrug in de gevangenis is mag blijken uit de gegevens. Bijna 1 op 4 respondenten (23%) kiest voor cannabis.

Met uitzondering van heroïne (met 8 respondenten of 3%) en benzodiazepines (5 = 2%) scoort geen enkel ander product hoger dan 1.2 %. Als men deze 'hitparade' vergelijkt met degene van druggebruik voor detentie, dan blijft cannabis onbedreigd nummer 1, maar komt heroïne op de tweede i.p.v. vierde plaats en stijgt ook de voorkeur voor benzodiazepines. Dit bevestigt dat 'downers' nog steeds populairder zijn in een gevangenissetting dan 'uppers'. Cocaine verdwijnt immers van de tweede plaats en ook alcohol gaat gevoelig achteruit.

De twee respondenten die 'andere' scoorden gaven een combinatie als voorkeur, namelijk Subutex® én heroïne.

20. Liefelingsproduct	aantal	%
0	38	15,45
Hashisch	57	23,17
Heroïne	8	3,25
Benzodiazepines	5	2,03
Cocaine	3	1,22
Speed, amfetamines	3	1,22
Methadon	2	0,81
Alcohol	2	0,81
Andere	2	0,81

<i>XTC</i>	1	0,41
<i>Barbituraten</i>	1	0,41
<i>Niets</i>	4	1,63
<i>Nvt</i>	120	48,78
Totaal	246	100,00

**21) WELKE VAN DEZE MIDDELEN HEB JE VOOR DE EERSTE KEER IN DE GEVANGENIS GEBRUIKT?
(ALLE GEBRUIKTE DRUGS VERMELDEN).**

Een relevant aantal respondenten (6.50%) geeft duiding van initiatie tot heroïnegebruik in de gevangenis, waarbij één respondent dit zelfs intraveneus gebruikte. Bij een kruisvergelijking kwam tot uiting dat de 31 respondenten die heroïne gebruiken in de gevangenis (vraag 19) er 9 zijn (29%) die het gebruik van heroïne hebben leren kennen in detentie. Ofschoon deze resultaten met de nodige omzichtigheid moeten behandeld worden, zijn er toch indicaties van initiërend gebruik. Voor welke redenen dit gebruik opstartte kan alleen via deze kwantitatieve gegevens niet worden uitgemaakt.

21.1 Heroïne	aantal	%
<i>0</i>	52	21,14
<i>Roken en/of slikken</i>	15	6,10
<i>Spuiten</i>	1	0,41
<i>3</i>	178	72,36
Totaal	246	100,00

Er zijn eveneens indicaties van beginnend cocaïnegebruik. 11 respondenten (5%) gebruikte cocaïne voor de eerste keer in de gevangenis. Er werd echter geen intraveneus gebruik gemeld. Ofschoon cocaïne niet gemeld wordt als een voorkeurdruk in de gevangenis is er toch een relatief hoog percentage van initiatie.

21.2 Cocaïne	aantal	%
<i>0</i>	52	21,14
<i>Roken en/of slikken</i>	11	4,47
<i>3</i>	183	74,39
Totaal	246	100,00

Eén respondent gebruikte speed voor de eerste maal in de gevangenis. Dat speed geen gegeerde gevangenisdrug is wordt hierbij bevestigd, onafhankelijk van de groep speedgebruikers die hun gebruik voortzetten in detentie (zie resultaten vraag 11.3 en 19.3).

21.3 Speed	aantal	%
<i>0</i>	52	21,14
<i>Roken en/of slikken</i>	1	0,41
<i>3</i>	193	78,46
Totaal	246	100,00

Enkele respondenten (respectievelijk 4 en 3) hebben binnen detentie kennis gemaakt met XTC en LSD. Deze resultaten liggen iets hoger dan bij speed, maar zijn beperkt t.o.v. initiatie met heroïne en cocaïne.

21.4 XTC	aantal	%
0	52	21,14
Roken en/of slikken	4	1,63
3	190	77,24
Totaal	246	100,00

21.5 LSD	aantal	%
0	52	21,14
Roken en/of slikken	3	1,22
3	191	77,64
Totaal	246	100,00

Er is een minimale (3 = 1%) initiatie in methadongebruik. Ofschoon er geen kwalitatieve gegevens beschikbaar zijn, is het mogelijk dat het hier heroïnenanen betreft die geïnitieerd werden in methadon teneinde onthoudingsverschijnselen tegen te gaan.

21.6 Methadon	aantal	%
0	52	21,14
Roken en/of slikken	3	1,22
3	191	77,64
Totaal	246	100,00

Niet alleen zijn cannabisproducten zowel buiten als binnen de meest geprefereerde drug; blijkbaar wordt ook de grootste groep geïnitieerd in cannabisgebruik tijdens de detentie. 45 respondenten (= 18%), waaronder echter geen vrouwelijke gedetineerden, geven een eerste gebruik van cannabis in de gevangenis aan. Een kruisvergelijking duidt aan dat van de 90 gedetineerden die cannabisgebruik in detentie melden (vraag 19.7) er 35 van deze vraag (21.7) geïnitieerd werden in dit product in de gevangenis.

21.7 Hashish, cannabis	aantal	%
0	52	21,14
Roken en/of slikken	45	18,30
3	149	60,57
Totaal	246	100,00

De cijfers voor beginnend gebruik van benzodiazepines zijn te vergelijken met deze van heroïne (namelijk 6.10% t.o.v. 6.51%). Benzodiazepines worden dan ook regelmatig vermeld als een goede gevangenisdrug ('downer'). De onduidelijkheid bij deze vraag blijft echter in hoeverre de respondenten het hier enkel over illegaal gebruik hebben of dat sommigen ook medicatie onder doktersvoorschrift hier scoren.

21.8 Benzodiazepines	aantal	%
0	52	21,14
Roken en/of slikken	15	6,10
3	179	72,76
Totaal	246	100,00

Ook voor barbituraten kan de vraag gesteld worden in hoeverre het effectief gaat over illegale middelen. Dat de effecten van deze middelen een populariteit hebben binnen detentie mag blijken uit het feit dat bijna 3% (hoger dan speed, XTC, LSD en methadon) een initiatie kent in barbituratengebruik in de gevangenis.

21.9 Barbituraten	aantal	%
0	52	21,14
Roken en/of slikken	7	2,85
3	187	76,02
Totaal	246	100,00

Ondanks het feit dat er een gevoelige daling was zowel wat betreft gebruik als voorkeur van alcohol in detentie, zijn er toch 7 respondenten die alcoholinitiatie aanduiden in de gevangenis.

21.10 Alcohol	aantal	%
0	51	20,73
Roken en/of slikken	7	2,85
3	188	76,42
Totaal	246	100,00

Opmerking : het hoge aantal "0"-antwoorden kan wijzen op moeilijkheden bij de interpretatie (allereerste druggebruik, of eerste gebruik van het desbetreffende product, of voor de eerste keer een andere manier van gebruik) of kan duiden op een weerstand om deze gegevens te verstrekken.

21.14 Niets gebruikt	aantal	%
0	52	21,14
Ja	125	50,81
3	69	28,05
Totaal	246	100,00

Samenvattend kan gezegd worden dat er voldoende indicaties zijn in deze resultaten die wijzen op beginnend druggebruik in de gevangenis en dan vooral voor cannabisproducten. Verontrustender zijn de indicaties dat er ook initiatie is in heroïne, cocaïne en benzodiazepines. Initiatie in intraveneus gebruik wordt slechts zeer uitzonderlijk gemeld (1 keer bij heroïne, 1 keer bij andere).

21. eerste maal	Aantal	%
21.7 eerste maal hashish	45	18,30
21.1 eerste maal heroïne	16	6,51
21.8 eerste maal benzodiazepines	15	6,09
21.2 eerste maal cocaïne	11	4,47
21.9 eerste maal barbituraten	7	2,85
21.10 eerste maal alcohol	7	2,85
21.4 eerste maal XTC	4	1,63
21.5 eerste maal LSD	3	1,22
21.6 eerste maal methadon	3	1,22
21.3 eerste maal speed	1	0,41
21.11 eerste maal andere	1	0,41
21.12 eerste maal andere	1	0,41
21.13 eerste maal andere	1	0,41

22) HEB JE OOIT SPUITMATERIAAL (SPUIT, NAALD, LEPEL, FILTER, WATER) GEDEELD IN DE GEVANGENIS?

Opmerking : waarschijnlijk is hier enige onduidelijkheid tussen de categorieën "niet van toepassing"(geldt dit voor niet-gebruikers en voor gebruikers die nooit gespoten hebben, of voor injecterende gebruikers die nooit in de gevangenis gespoten hebben?), en "neen" (voor injecterende gebruikers in de gevangenis, die nooit gedeeld hebben in de gevangenis?).

Herformulering dringt zich hier op.

Desondanks wordt het belangrijke risicogedrag van het delen van injectiemateriaal slechts gescoord door vijf respondenten (2% van de totale populatie). Op vraag 19 werd echter slechts door 6 respondenten injecterend gebruik aangehaald (namelijk 2 voor heroïne, 2 voor speed en 2 voor cocaïne). Bij een kruisvergelijking blijkt dat slechts één respondent uit deze zes het delen vermeld op vraag 22.

22.	aantal	%
<i>0</i>	17	6,91
<i>Nvt</i>	156	63,41
<i>Ja</i>	5	2,03
<i>Neen</i>	68	27,64
Totaal	246	100,00

23) IS BLEEKWATER (JAVEL) AANWEZIG OM SPUITMATERIAAL TE ONTSMETTEN?

De resultaten op deze vraag zijn zo uiteenlopend dat het onmogelijk is om er conclusies aan te koppelen. Zowel binnen de vrouwenafdeling als bij de mannen zijn de scores zeer verschillend. De vraag kan gesteld worden of het behouden van deze vraag zelfs enig nut heeft, en bij verdere afnamen de vraag volledig te herformuleren naar het ontsmetten van materialen voor druggebruik en tatoeages.

23.	aantal	%
<i>0</i>	24	9,76
<i>Neen</i>	67	27,24
<i>Aanwezig, maar moeilijk te krijgen</i>	20	8,13
<i>Aanwezig en gemakkelijk te krijgen</i>	40	16,26
<i>Ik weet het niet</i>	95	38,62
Totaal	246	100,00

24) HEB JE OOIT ZELF EEN OVERDOSIS GEHAD TIJDENS JE HUIDIG OF VROEGER VERBLIJF IN DE GEVANGENIS ?

5 respondenten (2%) geven aan dat ze reeds een overdosis gehad binnen detentie. 3 respondenten gaven het gebruik van verschillende producten aan, 1 gebruikte heroïne, 1 respondent weigerde de gebruiksvraag in te vullen (vergelijking met vraag 19). Of deze OD een ingrijpen van personeel noodzaakte, door celgenoten werd opgelost of door eigen recuperatie werd opgelost kan niet achterhaald worden met deze kwantitatieve gegevens, evenmin over welke producten het gaat. Voor deze informatie is kwalitatief onderzoek vereist. Eén vrouwelijke respondent vermeldde extra op de vragenlijst dat de OD een (mislukte) zelfmoordpoging was.

24.	aantal	%
<i>0</i>	21	8,54
<i>Nvt</i>	135	54,88
<i>Ja</i>	5	2,03
<i>Neen</i>	85	31,55
Totaal	246	100,00

25) HEB JE OOIT TIJDENS DEZE GEVANGENSCHAP EEN DOKTER GEZIEN VOOR EEN DRUGPROBLEEM?

Opvallend is dat slechts een minderheid (18% van de totale populatie) medische raadplegingen vraagt voor een drugprobleem. De overgrote meerderheid van deze groep (34 respondenten = 77% van de groep die een arts raadpleegt) gaat daarvoor naar de gevangenisarts, die dus een bevoorrechte positie inneemt voor de medische follow-up van drugproblemen. Slechts twee respondenten vragen een arts van buiten. Financiële en tijdsrepercussies kunnen hier de oorzaak van zijn. 8 gebruikers raadplegen zowel de gevangenisarts als de arts van buiten. Van deze 10 gebruikers volgden de helft (5) een drugprogramma voor aankomst in de gevangenis (vergelijking met vraag 13).

Dat slechts een beperkte groep medische hulp inroept voor zijn drugprobleem, geeft ons geen informatie over de frequentie waarmee de medische diensten gesolliciteerd worden voor medicatie. Het kan eerder duiden op het feit dat er geen voldoende vertrouwen is om het drugprobleem te bespreken uit angst voor stigma's of dat sommigen hun gebruik niet als een probleem definiëren.

25.	aantal	%
0	15	6,10
Nvt	110	44,72
Neen	77	31,30
gevangenisdokter	34	13,82
dokter van buiten	2	0,81
Beiden	8	3,25
Totaal	246	100,00

26) WAT HEEFT DE DOKTER VOORGESCHREVEN?

Het aantal antwoorden van de 246 respondenten was 257 (meerdere antwoorden mogelijk).

Specifieke substitutiemedicatie wordt aangegeven door 18 respondenten (7% van de totale populatie), namelijk 11 antwoorden methadon (4%) en 7 antwoorden Temgesic® (3%). Aangezien onder vraag 14, 22 respondenten aangaven methadon te krijgen (4 voortgezet, 18 in afbouw) en hier slechts 11 respondenten methadon aanduiden kunnen ernstige vragen gesteld worden naar de waarde van deze antwoorden. Benzodiazepines wordt het meeste gemeld met 6% (15 respondenten) terwijl een cocktail van verschillende middelen 14 keer gescoord wordt (6%).

26.1 voorschrift nvt	aantal	%
0	20	8,13
Ja	159	64,64
3	67	27,24
Totaal	246	100,00

26.2 voorschrift niets	aantal	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Ja</i>	27	10,98
<i>3</i>	199	80,89
Totaal	246	100,00

26.3 voorschrift methadon	aantal	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Ja</i>	11	4,47
<i>3</i>	215	87,40
Totaal	246	100,00

26.4 voorschrift Temgesic	aantal	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Ja</i>	7	2,85
<i>3</i>	219	89,02
Totaal	246	100,00

26.5 voorschrift Tranxene	aantal	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Ja</i>	8	3,25
<i>3</i>	218	88,62
Totaal	246	100,00

26.6 voorschrift benzodiazepines	aantal	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Ja</i>	15	6,10
<i>3</i>	211	85,77
Totaal	246	100,00

26.7	voorschrift	aantal	%
neuroleptica			
0		20	8,13
Ja		4	1,63
3		222	90,24
Totaal		246	100,00

26.8	voorschrift cocktail	aantal	%
0		20	8,13
Ja		14	5,69
3		212	86,18
Totaal		246	100,00

26.9	voorschrift andere	aantal	%
0		20	8,13
Ja		13	5,28
3		213	86,59
Totaal		246	100,00

Onder de rubriek anderen werden volgende middelen vermeld: Prozac®, Dolzan®, slaapmiddelen, Halcion®, Xanax®, Seroxat®, Impromen®, antidepressiva

Overzicht voorschriften (meerdere antwoorden mogelijk)

26. voorschrift dokter	aantal	%
26.1 nvt	159	64,64
26.2 niets	27	10,98
26.6 benzodiazepines	15	6,10
26.8 cocktail	14	5,69
26.9 andere	13	5,28
26.3 methadon	11	4,47
26.5 Tranxene	8	3,25
26.4 Temgesic	7	2,85
26.7 neuroleptica	4	1,63
Totaal	246	100,00

27) HEB JE, TIJDENS DEZE OPSLUITING, INFORMATIE GEKREGEN OVER DRUGGEBRUIK, (GEZONDHEIDS)RISICO'S, EN MANIEREN OM U TE BESCHERMEN TEGEN DEZE RISICO'S?

Opmerking : de redelijk hoge non-respons zou kunnen wijzen op het feit dat de respondenten de vraag niet begrijpen (wat wordt bedoeld met informatie krijgen?). Herformulering dringt zich op.

Minder dan 1 op 5 geeft aan informatie te hebben ontvangen (19% en 17%). De informatie wordt zowel door gevangenispersoneel als externen gegeven, waarbij het opvallend is dat een hoger aantal (namelijk 4 respondenten) deze informatie heeft gekregen via het gevangenispersoneel.

Door gevangenispersoneel

27.a GVO intern	aantal	%
0	40	16,26
Ja	47	19,11
Neen	159	64,63
Totaal	246	100,00

Door iemand van buiten de gevangenis

27.b GVO extern	aantal	%
0	49	19,92
Ja	43	17,48
Neen	154	62,60
Totaal	246	100,00

28) BEN JE, TIJDENS DEZE OPSLUITING, OPGENOMEN GEWEEST

– op een drugvrije sectie

28.a	aantal	%
0	38	15,45
Ja	52	21,14
Neen	156	63,41
Totaal	246	100,00

De waarde van deze antwoorden kan sterk in twijfel getrokken worden. Aangezien er geen specifieke drugvrije sectie is in de gevangenis waar de pretest gebeurde, is het onmogelijk dat 52 respondenten op een drugvrije sectie opgenomen waren. Waarschijnlijk hebben we hier te maken met een subjectieve definiëring van het begrip 'drugvrije sectie'.

– *op een psychiatrische afdeling*

28.b	aantal	%
0	68	27,64
Ja	33	13,41
Neen	145	58,94
Totaal	246	100,00

Ook hier kan dezelfde bemerking geformuleerd worden als onder 28.a.

Bij de formulering van de vragen wordt ook vermeld 'tijdens de laatste opsluiting'. Een herformulering naar 'in deze gevangenis' lijkt beter. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat gedetineerden 'tijdens deze opsluiting' eveneens rekening houden met transfers. Concreet voor deze steekproef zijn er gedetineerden die voor Sint Gillis eerst een verblijf in de gevangenis van Vorst hadden, en hun antwoorden betrekking hebben op beide inrichtingen.

29) VIND JE DAT DRUGGEBRUIKERS IN DE GEVANGENIS, IN VERGELIJKING MET NIET-GEBRUIKERS EEN ANDER REGIME HEBBEN TEN OPZICHTE VAN VOLGENDE ZAKEN?

– *Om te werken*

Meer dan 20% gaf geen antwoord op deze vraag. Van de resterende 80% weet bijna de helft niet of er al dan niet een verschil is. Van diegenen die oordelen dat het regime voor druggebruikers beter is, leert een kruisvergelijking dat er geen aanwijsbaar verschil in de antwoorden tussen gebruikers en niet-gebruikers, namelijk 7 antwoorden uit beide groepen.

Bij het antwoord 'hetzelfde' zijn er 19 respondenten die niet-gebruiker zijn en 25 gebruikers.

28 gebruikers vinden het regime 'slechter' t.o.v. 15 niet-gebruikers. De overgrote groep van niet-gebruikers scoort 'weet niet'.

29.a	aantal	%
0	50	20,33
Beter	14	5,69
Hetzelfde	44	17,89
Slechter	43	17,48
Weet niet	95	38,62
Totaal	246	100,00

– *Om een opleiding te volgen*

Het aantal niet beantwoorders neemt hier nog toe (meer dan 25%, vooral niet-gebruikers). Het aantal respondenten die 'weet niet' scoren blijft stationair en er zijn meer niet-gebruikers die dit aanduiden. 5 gebruikers vinden het regime 'beter', 34 gebruikers t.o.v. 21 niet-gebruikers vinden het regime 'hetzelfde', terwijl het regime 'slechter' gelijkmatig wordt gescoord.

29.a	aantal	%
0	63	25,61
Beter	11	4,47
Hetzelfde	55	22,36
Slechter	22	8,94
Weet niet	95	38,62
Totaal	246	100,00

– ***Aan sport, ontspanning, ... te doen***

De gebruikers vinden de sport en ontspanningsmogelijkheden vaker hetzelfde of slechter in vergelijking met de niet-gebruikers, die deze situatie vaker als beter inschatten.

29.a	Aantal	%
0	58	23,58
Beter	20	8,13
Hetzelfde	54	21,95
Slechter	20	8,13
Weet niet	94	38,21
Totaal	246	100,00

– ***Om bezoek te ontvangen***

Dezelfde trend als onder sport en ontspanning wordt hier gevonden tussen gebruikers en niet-gebruikers.

Subjectieve beleving lijkt het belangrijkste criterium om te antwoorden, druggebruikers schatten hun situatie negatiever in.

29.d	Aantal	%
0	57	23,17
Beter	16	6,50
Hetzelfde	53	21,54
Slechter	31	12,60
Weet niet	89	36,18
Totaal	246	100,00

30) WAAROM GEBRUIK JE DRUGS IN DE GEVANGENIS: (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

– Niet van toepassing

Hier geeft de helft van de respondenten aan geen drugs te gebruiken in de gevangenis, namelijk 121 (= 49%) t.o.v. 127 in vraag 19. Dit kleine verschil kan te wijten zijn aan het feit dat vraag 19 de eerste vraag was die peilde naar druggebruik binnen detentie, waardoor sommigen een 'sociaal aanvaardbaar' antwoord gaven.

30.1	Aantal	%
0	26	10,57
Ja	121	49,19
3	99	40,25
Totaal	246	100,00

We vermoeden dat bepaalde personen deze vraag anders geïnterpreteerd hebben : waarom gebruikt men drugs in de gevangenis i.p.v. waarom gebruik JIJ.

Alle keuzemogelijkheden werden door de respondenten aangeduid. De meest geciteerde reden (1op 5) was 'ontspanning'. Het vergeten van problemen en het tegengaan van verveling de andere belangrijke redenen met respectievelijk 15% en 10%. Meest problematisch zijn de 10 respondenten (4%) die aangeven dat ze gebruiken omwille van druk van anderen, een risicofactor die in de pre-enquête verschillende keren werd aangebracht.

Heel wat respondenten scoorden ook meerdere mogelijkheden. Onder de 54 participanten die 'ontspanning' aanduiden waren er 22 die eveneens 'verveling' aanstipten, 20 'problemen vergeten' en 14 'agressiecontrole'. Globaal waren er 45 respondenten die één reden aanduiden, 21 met 2 redenen, 11 met drie redenen terwijl enkelen 4 of meer redenen aankruisten. Geen enkele respondent duidde echter alle redenen aan.

– Om mij te ontspannen

30.2	Aantal	%
0	25	10,16
Ja	54	21,95
3	167	67,89
Totaal	246	100,00

– *Om mijn problemen te vergeten*

30.3	aantal	%
<i>0</i>	24	9,76
<i>Ja</i>	45	18,29
<i>3</i>	177	71,95
Totaal	246	100,00

– *Voor mijn plezier*

30.4	aantal	%
<i>0</i>	24	9,76
<i>Ja</i>	18	7,32
<i>3</i>	204	82,93
Totaal	246	100,00

– *Omdat ik het gewoon ben van drugs te gebruiken*

30.5	aantal	%
<i>0</i>	25	10,16
<i>Ja</i>	22	8,94
<i>3</i>	199	80,89
Totaal	246	100,00

– *Om mij meer vertrouwen (moed) te geven*

30.6	aantal	%
<i>0</i>	25	10,16
<i>Ja</i>	14	5,69
<i>3</i>	207	84,15
Totaal	246	100,00

– *Omdat ik mij verveel*

30.7	aantal	%
<i>0</i>	25	10,16
<i>Ja</i>	37	15,04
<i>3</i>	184	74,80
Totaal	246	100,00

– *Om mijn agressie te verminderen*

30.8	aantal	%
<i>0</i>	25	10,16
<i>Ja</i>	25	10,16
<i>3</i>	196	79,67
totaal	246	100,00

– *Om erbij te horen*

30.9	aantal	%
<i>0</i>	25	10,16
<i>Ja</i>	5	2,03
<i>3</i>	216	87,80
Totaal	246	100,00

– *Omdat ik onder druk word gezet door medegegetineerden om te gebruiken*

30.10	aantal	%
<i>0</i>	25	10,16
<i>Ja</i>	10	4,07
<i>3</i>	211	85,77
Totaal	246	100,00

– *Overzicht redenen druggebruik (meerdere antwoorden mogelijk)*

30 redenen druggebruik	aantal	%
<i>30.1 nvt</i>	121	49,19
<i>30.2 ontspanning</i>	54	21,95
<i>30.3 problemen vergeten</i>	45	18,29
<i>30.7 verveling</i>	37	15,04
<i>30.8 agressie</i>	25	10,16
<i>30.5 gewoonte</i>	22	8,94
<i>30.4 plezier</i>	18	7,32
<i>30.6 zelfvertrouwen</i>	14	5,69
<i>30.10 onderdruk gezet</i>	10	4,07
<i>30.9 erbij horen</i>	5	2,03
Totaal	246	100,00

Aantal antwoorden: 351

31) WAS JE, TIJDENS JE HUIDIG OF VROEGER VERBLIJF IN DE GEVANGENIS SLACHTOFFER VAN GEWELD DAT TE MAKEN HAD MET DRUGHANDEL?

30 respondenten van de totale populatie (12%), waaronder drie vrouwelijke gedetineerden, bevestigen geweld ten gevolge van drugschulden. Dit betekent dat een aanzienlijk deel van de druggebruikers geconfronteerd worden met geweld omwille van drugschulden. De vorm dat dit geweld aanneemt wordt hieronder meer gedifferentieerd weergegeven.

31.	aantal	%
0	16	6,50
Ja	30	12,20
Neen	200	81,30
Totaal	246	100,00

32) INDIEN JA, WELKE VORM VAN GEWELD? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

– **Niet van toepassing**

32.1	Aantal	%
0	43	17,48
Ja	176	71,54
3	27	10,98
Totaal	246	100,00

Fysiek geweld (slagen) wordt het meeste gemeld, namelijk 17 keren op 36 meldingen (47.22%). Vormen van persoonlijke chantage (o.a. bedreigingen) wordt 12 keer gescoord (33%), terwijl chantage naar derden veel minder voorkomt (slechts 11%). Seksueel geweld, wat de grootste risico's inhoudt op gezondheidsvlak, wordt door 3 respondenten aangehaald.

– **Chantage t.o.v. jezelf**

32.2	aantal	%
0	43	17,48
Ja	12	4,88
3	191	77,64
Totaal	246	100,00

– *Chantage met familie, vrienden*

32.3	<i>aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	43	17,48
<i>Ja</i>	4	1,63
<i>3</i>	199	80,89
<i>Totaal</i>	246	100,00

– *Slagen*

32.4	<i>aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	43	17,48
<i>Ja</i>	17	6,91
<i>3</i>	186	75,81
<i>Totaal</i>	246	100,00

– *Seksueel geweld*

32.5	<i>aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	43	17,48
<i>Ja</i>	3	1,22
<i>3</i>	200	81,30
<i>Totaal</i>	246	100,00

– *Overzicht vormen van geweld (meerdere antwoorden mogelijk)*

32. vorm geweld	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
<i>32.1 geweld nvt</i>	176	71,54
<i>32.4 slagen</i>	17	6,91
<i>32.2 chantage t.o.v. jezelf</i>	12	4,88
<i>32.3 chantage t.o.v. familie</i>	4	1,63
<i>32.5 seksueel geweld</i>	3	1,22
<i>Totaal</i>	246	100,00

Totaal aantal antwoorden: 212

33) IS HET TIJDENS JE HUIDIG OF VROEGER VERBLIJF IN DE GEVANGENIS GEBEURD DAT JE EEN SCHULD TEN GEVOLGE VAN DRUGGEBRUIK NIET TIJDIG KON BETALEN

Minder dan 10% van de totale populatie geeft aan geconfronteerd te zijn geweest met drugschulden.

33.	Aantal	%
<i>0</i>	17	6,91
<i>Nvt</i>	145	58,94
<i>Ja</i>	21	8,54
<i>Neen</i>	63	25,61
Totaal	246	100,00

34) WAT GEBEURDE ER? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

– *Niet van toepassing*

34.1	Aantal	%
<i>0</i>	29	11,79
<i>Ja</i>	189	76,83
<i>3</i>	28	11,38
Totaal	246	100,00

21 ja respondenten geven in totaal 34 antwoorden. Het meest voorkomende zijn 'een regeling treffen' (welke regeling kan niet uit de antwoorden gededuceerd worden) en 'niets, ik heb betaald wanneer ik kon' (beide hebben een score van 26.50%). Problematischer zijn de zeven antwoorden (meer dan 20%) die toegeven zelf in de drughandel te zijn gestapt en de zes respondenten die het noodzakelijk achten een transfer aan te vragen.

Er zijn dus wel degelijk indicaties aanwezig dat drugschulden ernstige repercussies hebben op het gevangenisleven.

– *Niets, ik heb betaald wanneer ik kon*

34.2	Aantal	%
<i>0</i>	31	12,60
<i>Ja</i>	9	3,66
<i>3</i>	206	83,74
Totaal	246	100,00

– *Ik heb een transfer gevraagd (ter bescherming)*

34.3	aantal	%
<i>0</i>	31	12,60
<i>Ja</i>	6	2,44
<i>3</i>	209	84,96
Totaal	246	100,00

– *Ik heb een regeling getroffen*

34.4	aantal	%
<i>0</i>	31	12,60
<i>Ja</i>	9	3,66
<i>3</i>	206	83,74
Totaal	246	100,00

– *Ik werd het slachtoffer van een afrekening*

34.5	aantal	%
<i>0</i>	31	12,60
<i>Ja</i>	2	0,81
<i>3</i>	213	86,59
Totaal	246	100,00

– *Ik ben zelf in de drughandel gestapt om mijn schulden af te lossen*

34.7	aantal	%
<i>0</i>	31	12,60
<i>Ja</i>	7	2,85
<i>3</i>	208	84,55
Totaal	246	100,00

– *Een vriend, partner of familie heeft betaald voor mij*

34.7	aantal	%
<i>0</i>	31	12,60
<i>Ja</i>	1	0,41
<i>3</i>	214	86,99
Totaal	246	100,00

Overzicht: wat gebeurde er? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>aantal %</i>	
<i>Niet van toepassing</i>	189	76,83
<i>Niets, ik heb betaald wanneer ik kon</i>	9	3,66
<i>Ik heb een regeling getroffen</i>	9	3,66
<i>Ik ben zelf in de drughandel gestapt om mijn schulden af te lossen</i>	7	2,85
<i>Ik heb een transfer gevraagd (ter bescherming)</i>	6	2,44
<i>Ik werd het slachtoffer van een afrekening</i>	2	0,81
<i>Een vriend, partner of familie heeft betaald voor mij</i>	1	0,41
Totaal	246	100,00

35) IS HET TIJDENS JE HUIDIG OF VROEGER VERBLIJF IN DE GEVANGENIS GEBEURD DAT JE ALS NIET DRUGGEBRUIKER PROBLEMEN HAD OMWILLE VAN HET DRUGGEBRUIK VAN ANDERE GEDETINEERDEN?

Bijna 19% van de totale populatie geeft aan moeilijkheden te hebben met het druggebruik van anderen.

Een vergelijking met de gegevens uit vraag 19: 'druggebruik in de gevangenis' leert dat 24 gebruikers eveneens op deze vraag 'ja' geantwoord hebben ondanks de vermelding niet-gebruiker in de vraagstelling; 22 niet-gebruikers antwoorden eveneens ja op deze vraag. Deze 22 niet-gebruikers maken 9% uit van de totale populatie, 15.5% van de populatie niet-gebruikers. Als men rekening houdt met het feit dat meer dan 40% druggebruik aangaf in de gevangenis (zie vraag 19), dan kan, met de nodige omzichtigheid, gesteld worden dat in deze steekproef de helft van de populatie op één of andere manier concreet met de problematiek van druggebruik in de gevangenis geconfronteerd wordt.

35.	<i>aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	13	5,28
<i>Nvt</i>	109	44,31
<i>Ja</i>	46	18,70
<i>Neen</i>	78	31,71
Totaal	246	100,00

De vorm die deze moeilijkheden aannemen voor de 46 respondenten wordt hieronder meer gedifferentieerd weergegeven, evenals de problemen die specifiek werden aangehaald door de 22 niet-gebruikers.

36) WAT GEBEURDE ER? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

– Niet van toepassing

36.1	aantal	%
<i>0</i>	28	11,38
<i>Ja</i>	174	70,73
<i>3</i>	44	17,89
Totaal	246	100,00

46 respondenten geven in totaal 71 antwoorden. Het meest geciteerde antwoord is een celtransfer (28%), dit geeft indicaties dat druk om mee te gebruiken van celgenoten een realiteit is. Bestolen worden en fysieke bedreigingen zijn met respectievelijk 16 (23%) en 14 (20%) antwoorden de andere meest geciteerde. Opvallend is ook dat meer respondenten (5) toegeven aan de druk en beginnen te gebruiken, dan diegenen die aan de druk kunnen weerstaan (3). Dit punt is een extra indicatie dat initiatie in druggebruik wel degelijk gebeurt in de gevangenis.

Bij de niet-gebruikers zijn de gegevens vrij vergelijkbaar. Een celtransfer staat eveneens op de eerste plaats, 55% (12 respondenten van de 22) geeft dit als antwoord. Bestolen worden (met 9 antwoorden) en fysieke bedreigingen (6 antwoorden) blijven op de tweede en derde plaats. 1 niet-gebruiker geeft aan dat hij eveneens is beginnen te gebruiken onder druk van anderen.

– Ik werd bestolen

36.2	aantal	%
<i>0</i>	28	11,38
<i>Ja</i>	16	6,51
<i>3</i>	202	82,11
Totaal	246	100,00

– Ik werd fysiek bedreigd

36.3	aantal	%
<i>0</i>	28	11,38
<i>Ja</i>	14	5,69
<i>3</i>	204	82,93
Totaal	246	100,00

– *Ik werd onder druk gezet en heb gebruikt*

36.4	aantal	%
0	29	11,79
Ja	5	2,03
3	212	86,18
Totaal	246	100,00

– *Ik werd onder druk gezet maar gebruikte niet*

36.5	aantal	%
0	29	11,79
Ja	3	1,22
3	214	86,99
Totaal	246	100,00

– *Ik werd gedwongen om geld en/of goederen te geven*

36.6	aantal	%
0	29	11,79
Ja	9	3,66
3	208	84,55
Totaal	246	100,00

– *Ik werd gedwongen om medicamenten te geven*

36.7	aantal	%
0	29	11,79
Ja	4	1,63
3	213	86,59
Totaal	246	100,00

– *Ik heb een andere cel gevraagd*

36.8	aantal	%
0	29	11,79
Ja	20	8,13
3	197	80,08
Totaal	246	100,00

Overzicht: Wat gebeurde er? (meerdere antwoorden mogelijk)

	aantal	%
Niet van toepassing	174	70,73
Ik heb een andere cel gevraagd	20	8,13
Ik werd bestolen	16	6,51
Ik werd fysiek bedreigd	14	5,69
Ik werd gedwongen om geld en/of goederen te geven	9	3,66
Ik werd onder druk gezet en heb gebruikt	5	2,03
Ik werd gedwongen om medicamenten te geven	4	1,63
Ik werd onder druk gezet maar gebruikte niet	3	1,22
Totaal	246	100,00

37) HEB JE TIJDENS JE HUIDIG OF VROEGER VERBLIJF IN DE GEVANGENIS EEN TATOEAGE GEZET OF LATEN ZETTEN?

37.	aantal	%
0	24	9,76
Ja	16	6,50
Neen	206	83,74
Totaal	246	100,00

38) HEB JE TIJDENS JE HUIDIG OF VROEGER VERBLIJF IN DE GEVANGENIS EEN PIERCING GEZET OF LATEN ZETTEN?

38.	aantal	%
0	28	11,39
Ja	3	1,22
Neen	215	87,40
Totaal	246	100,00

16 personen, 7% van de totale populatie rapporteren een tatoeage in de gevangenis. Er is een significant verschil ($p < 0.05$) tussen gebruikers en niet-gebruikers. Gebruikers laten zich gemakkelijker tatoeëren in de gevangenis dan anderen. Zoals weergegeven in de tabel hieronder is de frequentie van tatoeages bij IVD's in de gevangenis nog frequenter. Er moet nochtans opgemerkt worden dat geen enkele van de IVD's die injecteert in de gevangenis zich heeft laten tatoeëren of een piercing laten zetten in de gevangenis.

Slechts drie personen rapporteren piercing in detentie, twee van hen hadden zich ook laten tatoeëren.

Tatoeage en piercing zijn illegale praktijken in de gevangenis, men kan dan ook en onderrapportage veronderstellen. Het antwoordpercentage op deze vraag is 10%.

	<i>Niet-gebruikers</i> (n = 122)	<i>Gebruikers</i> (n=124)	<i>IVD</i> (n=16)	<i>Totaal</i> (n=246)
<i>% tatoeage en/of piercing</i>	3%	10%	12%	7%

39) WAAR KAN JE AAN CONDOOMS GERAKEN IN DEZE GEVANGENIS?

– *In de kantine:*

<i>39.1 condoms kantine</i>	<i>aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	26	10,57
<i>Ja, gemakkelijk</i>	40	16,26
<i>Ja, maar moeilijk</i>	7	2,85
<i>Neen</i>	90	36,59
<i>Ik weet het niet</i>	83	33,74
<i>Totaal</i>	246	100,00

– *Bij de medische dienst:*

<i>39.2 condoms medische dienst</i>	<i>aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	36	14,63
<i>Ja, gemakkelijk</i>	17	6,91
<i>Ja, moeilijk</i>	10	4,07
<i>Neen</i>	49	19,92
<i>Ik weet het niet</i>	134	54,47
<i>Totaal</i>	246	100,00

– *andere*

<i>39.3 andere</i>	<i>aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	223	90,65
<i>Ja</i>	15	6,10
<i>Neen</i>	8	3,25
<i>Totaal</i>	246	100,00

	<i>JA (Gemakkelijk of moeilijk)</i>	<i>Nee</i>	<i>Weet het niet</i>
<i>Kantine</i>	19%	37%	34%
<i>Medische dienst</i>	11%	20%	54%

Slechts 19% van de respondenten weten dat het gemakkelijk (16%) of moeilijk (3%) is om condooms via de kantine te verkrijgen, en 11% via de medische dienst

15 respondenten tenslotte gaven andere kanalen aan om condooms te betrekken, hetzij via bezoek, aalmoezenier, verlof, kerstpakketten en één respondent meldde het gebruik van een plastic zak

We merken trouwens een grote variatie in de antwoorden, terwijl we 2 gevangenis hebben bevestigd. Een mogelijke interpretatie is het feit dat er een taboesfeer hangt rond het bespreekbaar maken van de aanwezigheid van condooms en een gebrek aan informatie bij de gedetineerden.

In de totaliteit zijn er 23 personen, (t.t.z. 9% van de totale populatie), die toegeven dat ze seksuele contacten hebben gehad gedurende of buiten het bezoek.

Seksuele contacten, hetzij heteroseksueel, hetzij homoseksueel in de gevangenis en los van het bezoek, worden gerapporteerd door 19 personen of 8% van de participanten. Er kan verondersteld worden dat er een belangrijke mate van onderrapportering aanwezig is, gezien het belangrijke taboe dat op seksualiteit in de gevangenis ligt.

Tenslotte kan er een significant verschil worden vastgesteld tussen gebruikers en niet-gebruikers. Het zijn inderdaad 11% van de druggebruikers die seksuele contacten vermelden t.o.v. 4% van niet-gebruikers. Er is geen aantoonbaar verschil tussen IVD's en andere gebruikers. Het overgrote merendeel (80%) van de seksuele relaties buiten het bezoek gebeuren zonder condoom.

Intieme bezoeken zijn nog niet in voege in de gevangenis van Sint Gillis en Antwerpen.

40) HEB JE, TIJDENS DEZE OPSLUITING SEKSUELE CONTACTEN GEHAD TIJDENS HET BEZOEK?

Slechts 8 personen (3%) melden seksuele relaties tijdens het bezoek en 10% weigeren te antwoorden op de vraag. Onder deze 8 personen zeggen drie dat ze nooit een condoom gebruiken, drie dat de vraag niet van toepassing is en twee geven aan altijd een condoom te gebruiken. De antwoorden niet van toepassing hebben misschien betrekking op een vaste partner waardoor het gebruik van een condoom in hun ogen niet nodig is.

<i>40.</i>	<i>aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	22	8,94
<i>Ja</i>	8	3,25
<i>Neen</i>	216	87,80
<i>Totaal</i>	246	100,00

41) HEB JE DAN CONDOOMS GEBRUIKT?

41.	aantal	%
<i>0</i>	34	13,82
<i>Nvt</i>	176	71,54
<i>Altijd</i>	11	4,47
<i>Nooit</i>	25	10,16
Totaal	246	100,00

42) HEB JE, TIJDENS DEZE OPSLUITING HETEROSEKSUELE CONTACTEN GEHAD BUITEN HET BEZOEK ?

14 respondenten, 10 mannen en 4 vrouwen, hetzij 6% van de respondenten, rapporteren heteroseksuele contacten buiten het bezoek. (Hierbij moet opgemerkt worden dat 9 onder hen penitentiair verlov hebben gehad en het is niet duidelijk of hun antwoord betrekking heeft op relaties buiten de gevangenis tijdens hun verlov of in de gevangenis zelf).

Onder deze 14 respondenten hebben drie (21%) altijd een condoom gebruikt, 7 hebben niet geantwoord en drie hebben nooit een condoom gebruikt. Onder de vijf personen die geen penitentiair verlov hebben gehad is er slechts één participant die soms een condoom gebruikt.

42.	Aantal	%
<i>0</i>	23	9,35
<i>Ja</i>	14	5,69
<i>Neen</i>	209	84,96
Totaal	246	100,00

43) HEB JE DAN CONDOOMS GEBRUIKT?

43.	Aantal	%
<i>0</i>	46	18,70
<i>Nvt</i>	176	71,54
<i>Altijd</i>	3	1,22
<i>Soms</i>	1	0,41
<i>Nooit</i>	20	8,13
Totaal	246	100,00

44) HEB JE, TIJDENS DEZE OPSLUITING, HOMOSEKSUELE CONTACTEN GEHAD BUITEN HET BEZOEK?

11 personen (hetzij 4.50% van de participanten en 5% van de respondenten) rapporteren homoseksuele contacten in de gevangenis. Onder hen zijn er slechts twee personen (18%) die het gebruik van condooms aangeven. Vijf van de respondenten hebben genoten van penitentiair verlof.

44.	Aantal	%
0	24	9,76
Ja	11	4,47
Neen	211	85,77
Totaal	246	100,00

45) HEB JE DAN CONDOOMS GEBRUIKT?

45.	Aantal	%
0	39	15,85
Nvt	187	76,02
Altijd	4	1,63
Nooit	16	6,50
Totaal	246	100,00

46) HEB JE, TIJDENS DEZE OPSLUITING, GELD OF GOEDEREN GEKREGEN VOOR SEKSUELE RELATIES ?

Vijf personen melden dat ze geld hebben gekregen in ruil voor seks, terwijl vier hebben betaald voor seks. Onder de eerste groep zijn er vier die homoseksuele contacten vermelden, en één heteroseksueel. Allen zijn uit de mannenpopulatie. Er zijn dus indicaties over prostitutie binnen detentie.

46.	Aantal	%
0	23	9,35
Ja	5	2,03
Neen	218	88,62
Totaal	246	100,00

47) HEB JE, TIJDENS DEZE OPSLUITING, GELD GEGEVEN VOOR SEKSUELE RELATIES?

47.	Aantal	%
0	24	9,76
Ja	4	1,63
Neen	218	88,62
Totaal	246	100,00

48) HEB JE, TIJDENS DEZE OPSLUITING, RECHT GEHAD OP PENITENTIAIR VERLOF?

Opmerking : uit de antwoorden bleek een verwarring of het enkel het laatste penitentiair verlof betrof of alle penitentiaire verloven. Deze vragen moeten geherformuleerd worden.

24 personen, 10% van de participanten, verklaren dat ze tijdens deze opsluiting penitentiair verlof hebben gehad. De resultaten die hieronder volgen hebben alleen betrekking op de antwoorden van deze personen.

Onder deze groep was de overgrote meerderheid (83%) druggebruikers.

48.	Aantal	%
0	15	6,10
Ja	24	9,76
Neen	207	84,15
	246	100,00

49) WELKE PRODUCTEN HEB JE, TIJDENS JE LAATSTE PENITENTIAIR VERLOF GEBRUIKT? (ALLE GEBRUIKTE DRUGS VERMELDEN)

10 personen, hetzij 42% van diegenen die van een penitentiair verlof genoten, rapporteren druggebruik tijdens deze periode.

Gemiddeld werden twee producten gebruikt, en varieert van 1 (cannabis) voor 7 personen tot 7 producten voor 1 persoon. De overgrote meerderheid heeft dus slechts één product gebruikt, voor zes was dat cannabis en voor één persoon heroïne. Twee individuen rapporteren het gebruik van twee verschillende producten, namelijk cocaïne en LSD of cannabis. Tenslotte meldde één persoon het gebruik van zeven middelen, met name: heroïne, cocaïne, benzodiazepines, barbituraten, cannabis, amfetamines en XTC.

Eén persoon rapporteerde intraveneus gebruik, waarbij injectiemateriaal gebruikt werd dat geleend was van iemand anders.

49.1 verlof nvt	Aantal	%
0	37	15,04
Ja	116	47,16
3	91	37,80
Totaal	246	100,00

49.2 verlof heroïne	Aantal	%
0	37	15,04
Roken en/of slikken	4	1,63
Spuiten	3	1,22
3	202	82,11
Totaal	246	100,00

49.3 verlof cocaïne	Aantal	%
0	37	15,04
Roken en/of slikken	5	2,03
Spuiten	1	0,41
3	203	82,52
Totaal	246	100,00

49.4 verlof speed	Aantal	%
0	37	15,04
Roken en/of slikken	2	0,81
Spuiten	1	0,41
3	206	83,74
Totaal	246	100,00

49.5 verlof XTC	aantal	%
0	37	15,04
Roken en/of slikken	3	1,22
3	206	83,74
Totaal	246	100,00

49.6 verlof LSD	aantal	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Roken en/of slikken</i>	3	1,22
<i>3</i>	206	83,74
Totaal	246	100,00

49.7 verlof methadon	aantal	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Roken en/of slikken</i>	2	0,81
<i>3</i>	207	84,15
Totaal	246	100,00

49.8 verlof hashish	aantal	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Roken en/of slikken</i>	16	6,50
<i>3</i>	193	78,41
Totaal	246	100,00

49.10 verlof barbituraten	aantal	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Roken en/of slikken</i>	3	1,22
<i>3</i>	206	83,74
Totaal	246	100,00

49.11 verlof alcohol	aantal	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Roken en/of slikken</i>	12	4,88
<i>3</i>	197	80,08
Totaal	246	100,00

49.15 verlot niets	aantal	%
0	37	15,04
Ja	73	29,67
3	136	55,29
Totaal	246	100,00

50) INDIEN JE DRUGS GESPOTEN HEBT, TIJDENS JE LAATSTE PENITENTIAIR VERLOF, HEB JE DAN JE EIGEN SPUITMATERIAAL (SPUIT, LEPEL, FILTER, WATER) GEBRUIKT?

50.	aantal	%
0	66	26,83
Ja	4	1,63
Neen	61	24,80
Geen drugs gespoten	115	46,75
Totaal	246	100,00

51) HEB JE TIJDENS JE LAATSTE PENITENTIAIR VERLOF SEKSUELE CONTACTEN GEHAD EN HEB JE CONDOOMS GEBRUIKT IN DE VOLGENDE SITUATIES?

2 van de 24 personen die penitentiair verlot hebben gehad tijdens deze opsluiting verklaren geen seksuele contacten te hebben gehad.

Bij de 22 anderen melden twee seksuele contacten met occasionele partners zonder condoomgebruik. Zes personen, hetzij 25%, rapporteren contacten met meerdere partners tijdens het verlot.

– Niet van toepassing

51.1	Aantal	%
0	57	23,17
Ja	146	59,35
3	43	17,48
Totaal	246	100,00

– Geen seksuele contacten

51.2	aantal	%
0	60	24,39
Ja	10	4,07
3	176	71,55
Totaal	246	100,00

– *Seksuele contacten met vaste partner*

51.3	<i>aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	57	23,17
<i>Met condoom</i>	10	4,07
<i>Zonder condoom</i>	14	5,69
<i>3</i>	165	67,08
<i>Totaal</i>	246	100,00

– *Seksuele contacten met toevallige partner*

51.4	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	59	23,98
<i>Met condoom</i>	14	5,69
<i>Zonder condoom</i>	2	0,81
<i>3</i>	171	69,52
<i>Totaal</i>	246	100,00

– *Seksuele contacten met meerdere partners*

51.5	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	59	23,98
<i>Met condoom</i>	11	4,47
<i>Zonder condoom</i>	1	0,41
<i>3</i>	175	71,14
<i>Totaal</i>	246	100,00

7.4.2.1.7 Conclusies : de aanpassingen op de vragenlijst

Tijdens de afname en de verwerking van de resultaten kwamen een aantal deficiënties aan bod die aanpassingen noodzakelijk maken. De belangrijkste hiervan worden hieronder weergegeven.

- In de oproepaffiches en –brieven werd het thema ‘drugs’ reeds expliciet aangekondigd. De vrees bestond en werd bevestigd door enkele participanten dat deze explicitering contraproductief zou zijn en een aantal, vooral druggebruikende, gedetineerden zou ontmoedigen om deel te nemen omwille van een wantrouwen. Het lijkt ons dan ook opportuener om in bij volgende afname de term ‘gezondheid en drugs’ te vermijden in de oproep en te vervangen door ‘gezondheid en risico’s in de gevangenis’.
- Uit de resultaten blijkt dat het gebruik van de code ‘niet van toepassing’ en ‘0’ (weigeren te antwoorden) niet altijd even duidelijk is voor de respondenten. Er wordt, bij verdere afname, afgezien van dit systeem. Voor niet-druggebruikers wordt voorzien dat zij

specifieke vragen over drugs kunnen overslaan indien zij vermelden 'nooit drugs gebruikt'.

- Meer neutrale onderwerpen (zoals tatoeage en piercing) worden meer vooraan in de vragenlijst gebracht.
- De term 'tijdens deze opsluiting' wordt in bepaalde vragen vervangen door 'in deze gevangenis' (om onduidelijkheid bij de participant i.v.m. o.a. transfers te vermijden).
- Sommige vragen worden tijdelijk behouden maar werden cursief afgedrukt (vragen 3 t/m 6). Het gaat hierbij om gegevens die in verdere follow-up mogelijk uit andere gegevens (vb. SIDIS) kunnen gehaald worden, waardoor deze vragen geen nut meer hebben in deze vragenlijst.

7.4.2.2 De vragenlijst voor gedetineerden

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*

13) Kennisvraag: Kan HIV/Aids overgedragen worden:

° via anale en vaginale seksuele contacten	1	Ja	2	Neen
° door uit hetzelfde glas te drinken 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 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 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	Sputen
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	Sputten
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	Sputten
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

28)b. Indien ja, wat gebeurde er? (meerdere antwoorden mogelijk)

- 1 Niets, ik heb betaald wanneer ik kon
- 2 Ik heb een transfer van cel of gevangenis gevraagd (ter bescherming)
- 3 Ik heb een regeling getroffen
- 4 Ik werd het slachtoffer van een afrekening
- 5 Ik ben zelf in de drughandel gestapt om mijn schulden af te lossen
- 6 Iemand van buiten (vriend, partner of familie) heeft betaald voor mij

29) Heb je in deze gevangenis schriftelijke informatie gekregen over druggebruik, (gezondheid)risico's, en manieren om u te beschermen tegen deze risico's?

-door gevangenispersoneel

- 1 Ja 2 Neen

-door iemand van buiten de gevangenis

- 1 Ja 2 Neen

30)a. Was je, in deze gevangenis, slachtoffer van geweld dat te maken had met drughandel?

- 1 Ja 2 Neen

30)b. Indien ja, welke vorm van geweld? (meerdere antwoorden mogelijk)

- 1 Chantage t.o.v. jezelf
- 2 Chantage met familie, vrienden
- 3 Slagen
- 4 Seksueel geweld

31)a. Is het, in deze gevangenis, gebeurd dat je als druggebruiker of als niet-gebruiker problemen had met het gebruik van anderen?

- 1 Ja 2 Neen

Indien 'neen' is dit het einde van de vragenlijst. Bedankt voor je medewerking.

37)a. Heb je tijdens je laatste penitentiair verlov seksuele contacten gehad?

- 1 Ja 2 Neen

37)b. Indien ja, had je seksuele relaties met:

- 1 Alleen met mijn vaste partner
2 Meerdere partners

37)c. Indien ja, heb jij dan altijd een condoom gebruikt?

- 1 Ja 2 Neen

38) Welke producten heb je gebruikt tijdens je laatste penitentiair verlov? (duid alle gebruikte producten aan)

Heroïne	1
Cocaine, crack	1
Speed, amfetamines	1
XTC	1
LSD, paddestoelen	1
Methadon, Pallium, Temgesic	1
Hashish, marihuana	1
Benzo's (Lexotan, Valium, Rohypnol, Roche)	1
Barbituraten (Binocotal, Vesparax, ...)	1
Alcohol	1
Andere : Welke:	1
Niets gebruikt	1

Indien niets gebruikt is dit het einde van de vragenlijst. Bedankt voor uw medewerking.

39) Heb je tijdens je laatste penitentiair verlov een overdosis gehad?

- 1 Ja 2 Neen

40)a. Heb je drugs gespoten tijdens je laatste penitentiair verlov?

- 1 Ja 2 Neen

40)b. Indien ja, heb je dan je eigen injectiemateriaal (spuit, lepel, filter, water) gebruikt?

- 1 Ja 2 Neen

DIT IS HET EINDE VAN DE VRAGENLIJST... BEDANKT VOOR JE MEDEWERKING

7.4.2.3 Modaliteiten m.b.t. de afname van de voorgestelde vragenlijst

7.4.2.3.1 Verzameling van de gegevens

Verzameling van de gegevens gebeurt bij de gedetineerden

7.4.2.3.2 Frequentie

Net zoals de andere elementen, gebeurt de afname één keer per jaar.

7.4.2.3.3 Methodologie: enquête via individuele vragenlijst

De grootste kans om het vertrouwen van de ondervraagden te winnen was om de gegevens te verzamelen met behulp van een anonieme individuele vragenlijst. Om de anonimiteit te garanderen werd er geen enkele vraag opgenomen waarmee de identiteit van de ondervraagde kon worden achterhaald, ongeacht de omvang van de gevangenisinstelling.

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

- Juridisch demografisch
- Risicogebruik en risicogedrag voor de gevangenisopname
- Risicogebruik en risicogedrag in de gevangenis
- Risicogebruik en risicogedrag tijdens het verloop van de gevangenisperiode
- Toegang tot producten
- Toegang tot informatie
- Toegang tot preventieve middelen
- Bezigheidstherapie
- Toegang tot behandelingen
- Kennisniveau van de risico's
- Geweld

7.4.2.3.4 Rekrutering van de participanten: semi-aselecte steekproef

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.

Klassering van de instellingen in verschillende groepen, in functie van de grootte en het gevangenisbeheer:

Wij stellen de volgende klassering voor:

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

Uit iedere groep worden twee instellingen geloot, één in de Vlaamse gemeenschap, en een andere in de Franstalige gemeenschap

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

Uitsluitcriterium : alle personen die niet kunnen lezen en die minderjarig zijn, worden uitgesloten

7.4.2.3.5 Omvang van de steekproef

Het aantal participanten moet liggen tussen 1000 en 1500

7.4.2.3.6 Administratieve voorwaarden

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

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. In de huidige omstandigheden lijkt het ons niet haalbaar om de groep analfabeten te betrekken bij deze enquête. Hiervoor kunnen twee redenen aangehaald worden. Enerzijds is het onmogelijk om alle gedetineerden persoonlijk én mondeling uit te nodigen voor deelname aan de enquête. Anderzijds zou een afname van de vragenlijst bij analfabeten, via een face-to-face interview, aanleiding kunnen geven tot meer systematische fouten (bijvoorbeeld antwoorden van sociale wenselijkheid) aangezien het anoniem karakter in de subjectieve beleving van de respondent mogelijk wegvalt.

Non-respons dient echter onder alle omstandigheden een aandachtspunt te zijn. Voor de permante evaluatie van het instrument is het belangrijk te weten hoeveel mensen en om welke reden niet meedoen aan de enquête. Indien zou blijken dat analfabetisme een belangrijke reden is, moet overwogen worden om de afname van het instrument aan te passen. Dit geldt ook voor de andere mogelijke redenen van non-respons.

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.

7.4.2.3.7 Codering en analyse

De codering en de analyse wordt uitgevoerd door een organisatie die onafhankelijk is van de penitentiaire administratie

De analyse gebeurt met behulp van een softwareprogramma zoals SPSS-PC of Epi-Info.

7.4.2.3.8 Verspreiding van de resultaten

In iedere instelling waar de enquête heeft plaatsgevonden, wordt informatie met betrekking tot de resultaten teruggekoppeld naar de gedetineerden.

7.4.3 Het tweede luik: epidemiologische gegevens en meting van de gezondheidstoestand

Het tweede luik is op zichzelf onderverdeeld in twee delen. Het eerste deel bestaat uit een instrument om de algemene fysische en somatische gezondheidstoestand te meten zoals die beleefd wordt door de respondent. Het tweede deel bestaat uit een dataverzameling m.b.t. de prevalentie van enkele risicoaandoeningen in de gevangenis.

7.4.3.1 Analyse van de bestaande instrumenten

Er bestaat op internationaal of nationaal niveau geen gestandaardiseerd en op grote schaal verspreid epidemiologisch instrument om de gezondheidstoestand van de gedetineerden te onderzoeken.

We bestuderen hieronder vier voorstellen, waarvan er drie in het bijzonder betrekking hebben op de gezondheid in de gevangenis en één (dubbel) peilt naar de gezondheid in het algemeen ongeacht het institutioneel kader:

- Fiche épidémiologique sur la santé des détenus, Frankrijk, 1994;
- Monthly Health Care Monitoring, England and Wales, 1997;
- Dossier EPICURE van penitentiaire administratie, 1999;
- General Health Questionnaire (12 or 28-items version).

De eerste twee voorstellen werden gekozen omwille van het feit dat er zeer vaak melding wordt gemaakt alhoewel ze weinig bekend en verspreid zijn. Het derde voorstel maakt deel uit van het geautomatiseerd informatiesysteem dat momenteel in de strafinrichtingen van ons land wordt ingevoerd. Het gaat hier niet om een studie omtrent de toepassing ervan op het terrein, maar wel om een ontleding van de algemene karakteristieken, de mogelijkheden en de beperkingen.

Het laatste voorstel (GHQ) bekwamen we via een omvangrijk overzichtswerk ³²⁷ waarin de meest gebruikte instrumenten voor het meten van de gezondheidstoestand worden opgenomen.

Wij hadden ook talrijke andere instrumenten gelijkaardig aan de GHQ kunnen omschrijven, zoals de SCL-90-R³²⁸, of de SF-36³²⁹; deze zijn echter hetzij equivalent, hetzij ingewikkelder of nog langer. Ze bestaan trouwens niet in het aantal talen waarin de GHQ kan worden verkregen.

³²⁷ FURER J.W.; Het meten van de gezondheidstoestand. Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten; Van Gorcum, 1995

³²⁸ SCHMITZ N. et al.; Diagnosing mental disorders in primary care: the GHQ and the Symptom Check List as screening instruments. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 34(7), 360-6, 1999

³²⁹ McCABE C.J. et al.; Measuring the mental health status of a population : a comparison of the GHQ-12 and the SF-36/MHI-5. Br J Psychiatry, 169(4), 516-21, 1996

Soms richten ze zich meer op een of ander specifiek aspect (bijv. depressie of redzaamheid in het dagelijks leven) en wijken als dusdanig van de door ons gewenste globale meting af.

1 / *L'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur*³³⁰ stelde een instrument voor dat zich richtte op het geheel van de Franse strafinrichtingen. Na verloop van een testperiode van vier maanden en een opleiding van de toekomstige gebruikers, stelt het eindverslag een evaluatie voor van dit instrument en trekt de conclusies uit dit experiment.

Naar ons weten werd dit instrument tot op heden niet veralgemeend in het kader van een monitoring op lange termijn.

De epidemiologische fiche is in feite een medisch dossier waaruit men bepaalde epidemiologische resultaten kan halen; de fiche wordt immers beschouwd als zijnde gestandaardiseerd.

2 / De "Monthly Health Care Monitoring" System, ingevoerd door de "Prison Service" in het Verenigd Koninkrijk, blijft de enige regelmatige gegevensbron die rechtstreeks afkomstig is uit de strafinrichtingen, zelfs indien die op een niet systematische wijze met andere gegevens wordt aangevuld.³³¹

De hier bestudeerde uitgave 1997-1998 is een aanpassing van de vorige vragenlijsten waarvan wij de inhoud niet kennen. De toekomst ervan is onzeker gezien momenteel de bevoegdheden inzake gezondheid worden overgedragen van het bestuur voor de strafinrichtingen naar die van volksgezondheid. Het risico bestaat erin dat de voorziene informatisering van de gezondheidsdiensten een invloed heeft op dit instrument.

De fiche omvat een aanzienlijk aantal items die beter passen in het beheer van de gezondheidsdiensten dan in de epidemiologie. De categorieën met betrekking tot de gezondheidsproblemen blijken weinig specifiek te zijn, met uitzondering van het luik dat de meest voorkomende infectieziekten berekent.

Het invullen mag enkel en alleen door een geneesheer gebeuren want een groot aantal gegevens hangen af van een complex klinisch oordeel.

3 / Het derde instrument stelt zich niet voor als zijnde specifiek voor de epidemiologie van de gezondheid in het gevangenis milieu. Naar het voorbeeld van het eerste hierboven omschreven instrument is EPICURE een software voor geneesheren, tandartsen en verpleegkundig personeel. Het geeft ons een persoonlijk medisch dossier verbonden aan een welbepaald

³³⁰ ORS PACA; Mise en place et évaluation d'une fiche épidémiologique sur la santé des détenus. Rapport final, 1994

³³¹ WEILD A. ; persoonlijke mededeling, 2000

individu en omvat zowel gestandaardiseerde delen als andere waarin de elementen onder vrije vorm kunnen worden ingebracht.

Men mag deze EPICURE, speciaal ontwikkeld voor de strafinrichtingen, niet verwarren met de medische software EPICURE die vooral door de huisartsen wordt gebruikt. Aangezien beide door dezelfde commerciële firma op de markt werden gebracht, vindt men vanzelfsprekend in beide evidente gemeenschappelijke punten.

Het hoofddoel van een individueel dossier per patiënt is het verzekeren van een medische opvolging en het beheer van de gezondheidsdiensten; er zou echter kunnen overwogen worden om een aantal van deze gegevens te gebruiken als bijdrage voor de beschrijvende epidemiologie van bepaalde specifieke pathologieën.

EPICURE en de gegevens worden "getransporteerd" door SIDIS, het systeem dat het geheel van informatie betreffende de gedetineerden beheert (niet alleen hun gezondheid, maar ook hun demografische en sociale karakteristieken, zoals hun administratieve en gerechtelijke gegevens).

4/ De "General Health Questionnaire" (GHQ), die in de loop van de jaren zeventig verscheen, is een *auto-beheerde* vragenlijst met het oog op de identificatie van de verergering en de wijzingen 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.³³²

Al deze versies zijn betrouwbaar, gesensibiliseerd en gevalideerd dankzij de vergelijking met andere instrumenten. Het is zo dat de GHQ-28 het meest bekend en gebruikt is, maar we weerhouden eveneens deze die 12 vragen omvat³³³ car; deze vragenlijst werd in 1997 immers door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV- Louis Pasteur) gebruikt in het kader van de vorige nationale gezondheidsenquête.

Alle vragen van de GHQ stellen dezelfde antwoordkeuzes voor onder de vorm van vier opties: beter dan gewoonlijk/ zoals gewoonlijk/slechter dan gewoonlijk/veel slechter dan gewoonlijk.

De GHQ moet, ongeacht de versie, betaald worden maar de kostprijs ligt vrij laag indien men er veelvuldig gebruik van maakt.

Het is mogelijk om, naargelang de keuze van de gebruikers, de scores op 4 wijzen te bepalen. Er zijn naar aanleiding hiervan talrijke wetenschappelijke publicaties verschenen en ze worden duidelijk omschreven in de handleiding van het werkinstrument.

³³² GOLDBERG D. and WILLIAMS P.A.; User's guide to the GHQ. NFER-NELSON, 1998

³³³ Zie bijlage 3

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

De kans bestaat erin dat de volgende nationale gezondheidsenquête, waaraan men nu de laatste hand legt m.b.t. de technische en budgettaire beslissingen, opteert voor een simultaan gebruik van beide versies van de GHQ (12+28). Aangezien niet alle vragen mekaar overlappen, zullen we een vragenlijst met in het totaal 34 vragen bekomen. Deze combinatie wijzigt niets aan de modaliteiten, maar men zal eenvoudigweg beschikken over een meer verfijnd werkinstrument, met de mogelijkheid om een indicator voor de 4 specifiek bestudeerde aspecten te onderscheiden (somatisch, angstgevoelens/slapeloosheid, zware depressie, sociale disfunctie). Het kiezen voor één van beide versies (12 of 12+28) zal een weerslag hebben op de tijd nodig voor het invullen en het ingeven op de computer; tenzij men voor het lezen van de vragenlijsten gebruik maakt van een scanner, wat echter blijkbaar alleen op centraal niveau mogelijk zou zijn.³³⁴ Om de beschikbaarheid van de gegevens op lokaal niveau te verzekeren, doet men voor de invoer van de gegevens best beroep op het personeel van de gezondheidsdienst.

De tabel op de volgende pagina vergelijkt de vier gekozen instrumenten.

³³⁴ DERLET J., persoonlijke mededeling

	ORS-PACA	MHCM	EPICURE	GHQ-12
Doelstelling	Gestandaardiseerde gegevensinzameling met het oog op een descriptieve epidemiologie	Gestandaardiseerde inzameling met het oog op het beheer van de dienst en het berekenen van de grote medische probleemcategorieën	Verbetering van de opvolging via een geïnformatiseerd medisch dossier	Identificatie van de verergering of de wijzigingen van de gezondheidstoestand
Vereiste voorwaarden	Voorafgaande test Opleiding van het personeel	Opleiding van het personeel	Opleiding van het personeel	Nihil
Doelgroep	Pas binnengekomen gedetineerden	Pas binnengekomen gedetineerden of tijdens het verblijf in de strafinrichting	Pas binnengekomen gedetineerden of tijdens het verblijf in de strafinrichting	Pas binnengekomen gedetineerden of tijdens het verblijf in de strafinrichting
Wanneer	Medisch onderzoek bij aankomst	Bij aankomst en opvolging	Medische consultaties	Te kiezen
Aantal items	70 of +	80 of +	80 of +	12 of 34
Ingevuld door	Geneesheer (+/- verpleegkundige)	Geneesheer	Geneesheer	Gedetineerde
Duur nodig voor het invullen	8 tot 30 min. (gegevensinzameling niet inbegrepen)	Onbekend	Onbekend	5 tot 20 minuten naargelang de versie
Redenen van niet-opname	Weigering of afwezigheid van medisch onderzoek bij aankomst Taalproblemen en analfabetisme	Geen medisch onderzoek	Geen medische consultatie	Geweigerd
Faciliteit	Relatief	Beroep op een complex vonnis	Relatief	Reëel
Geïnformatiseerde ingave	Ja, op Epi Info	Mogelijk, maar nog niet op dit ogenblik	Ja	Ja
Ingave door:	Gezondheidspersoneel	Geneesheer	Gezondheidspersoneel	Gezondheidspersoneel of externen
Duur ingave op computer	3'30" per fiche	Onbekend	Onbekend	30" tot 1'30" naargelang de versie (behalve indien scanner)
Lokale uitwerking	Neen maar mogelijk	Neen maar mogelijk	Mogelijk	Mogelijk op een lokaal geïnformatiseerd systeem
Aanwijzingen	Vereist	Vereist	Vereist	Niet vereist

7.4.3.2 Deel 1: Opmeten van de algemene gezondheids-toestand van de gedetineerden

7.4.3.2.1 Keuze van het middel

Elk van de vier systemen heeft haar kwaliteiten.

De eerste drie zijn in feite medische dossiers (of samenvattingen van medische dossiers) waaruit men bepaalde elementen met een epidemiologische doelstelling haalt. Ze werden niet extern gevalideerd.

Hun nadelen liggen vooral bij de zwakke validiteit van die elementen die gedeeltelijk beroep doen op het geheugen (bijv. inenting of medische antecedenten), bij de moeilijkheid om inlichtingen te bekomen die verband houden met het gebruik van illegale of sociaal afgekeurde activiteiten (tabak of alcohol, seks met verschillende partners) en bij de inherente moeilijkheden om de gebruikte taal te verstaan.

Het vierde systeem is daarentegen een heus epidemiologisch instrument dat voldoet aan de courant gebruikte wetenschappelijke criteria en aanbevolen wordt door de WGO.³³⁵ Het spreekt vanzelf dat dit systeem het medisch dossier niet vervangt en geen diagnose stelt van de pathologieën en evenmin informatie geeft over de prevalentie van risicoaandoeningen zoals bijvoorbeeld HIV infecties.

Het belang ervan berust op de kwaliteiten als epidemiologisch instrument. Het is immers niet nodig om te herhalen dat de primordiale functie ervan eerst en vooral bestaat uit de mogelijkheid om een "normaal gedragspatroon" en de recente wijzigingen in de gezondheidstoestand te identificeren.

Een ander voordeel, en zeker niet het minst belangrijke, is de mogelijkheid die het systeem biedt om de gezondheidstoestand van de gedetineerden met deze van de algemene bevolking te vergelijken (via de nationale gezondheidsenquêtes).

Een derde voordeel vloeit voort uit het feit dat de gedetineerde, van bij het begin van zijn verblijf in de strafinrichting (een periode die als bijzonder kritisch wordt beschouwd), actief deelneemt aan de aspecten betreffende zijn gezondheid.

Toegepast onmiddellijk bij de aankomst van de gedetineerde in de strafinrichting, geeft dit systeem indicaties voor het gezondheidspersoneel om aandacht te schenken aan één of ander individu. Een nieuwe toepassing na verloop van een bepaalde periode, maakt de evaluatie van de impact van de getroffen maatregelen mogelijk, zelfs indien deze resultaten beperkt zijn door de klassieke foutmetingen omwille van de "sociale wenselijkheid".³³⁶

³³⁵ 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

³³⁶ ORMEL J. et al. ; Measuring change with the GHQ. The problem of retest effects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 24(5), 227-32, 1989

Het systeem werd reeds toegepast in het gevangenis milieu.³³⁷

Tenslotte kan men stellen dat het op een adequate manier de leemte zou vullen die men in EPICURE vaststelt m.b.t. de gegevens inzake welzijn en de gezondheid in het algemeen. Het systeem kadert bijzonder goed in het gevangenis milieu gezien de mogelijkheid om depressie, zelfmoordgedrag patronen, psychische en psychosociale stress op te sporen.³³⁸

Naast de eigen kwaliteiten, kan dit systeem ook geïntegreerd worden in de software die ontwikkeld werd door de Medische dienst van het Directoraat-generaal Strafinrichtingen hetgeen een meerwaarde geeft aan dit initiatief.

Het gemakkelijke gebruik, de beschikbaarheid in meerdere talen, de lage kostprijs, de eenvoudige en geautomatiseerde berekening van de resultaten op lokaal niveau zijn andere pluspunten.

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.

Het lopende onderzoek naar de huidige situatie van de gezondheidsdiensten in de penitentiaire instellingen is een onontbeerlijke fase om definitief te beslissen welk epidemiologisch instrument zal worden aanbevolen.

De werking van de gezondheidsdiensten in de strafinrichtingen wordt op dit ogenblik weinig geëvalueerd. Auteurs maken gewag van "het tekort aan personeel en de schaarse investeringen op medisch vlak", de noodzaak om "de geneesheer een opleiding te geven aangaande de gevolgen van de vrijheidsberoving", "om een medisch kader in te voeren ... opdat de zorgverlening identiek zou zijn als deze waarvan de algemene bevolking geniet", "preventieprogramma's op te richten"; in het bijzonder voor het onderwerp waarop wij ons toeleggen.

Wanneer het om aspecten gaat die te maken hebben met de geestelijke gezondheid, is het eveneens zeer moeilijk een onderscheid te maken tussen de respectievelijke verantwoordelijkheden van de medische diensten en de psychosociale diensten. Het gaat immers om een belangrijke problematiek in de strafinrichtingen en het is nauw verbonden met onder meer het gebruik van psychotrope substanties.

³³⁷ DORMAN A. et al. ; Psychiatric morbidity in sentenced segregated HIV positive prisoners. Br J of Psychiatry, 1993, 163, pp 802-5

³³⁸ HOBI V. et al. ; Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ. Schweiz Rundsch Med Prax. 78(9), 219-25, 1989

Volgens een pas ontvangen bericht vernemen wij dat de Psychosociale Dienst (PSD) ook werkt aan het opstellen van een geïnformatiseerd werkinstrument (een soort equivalent van EPICURE, met de benaming SIPAR); er werd echter blijkbaar geen overleg gepleegd tussen beide diensten.

Ten opzichte van deze tekortkomingen en de talrijke getuigenissen die wij kregen van met gedetineerden werkende interveniënten (waarbij we zeker niet het bestaande engagement en de goede wil van het gevangenispersoneel, dat in zware en moeilijke omstandigheden werkt, over het hoofd willen zien) blijkt de keuze voor de GHQ voor de hand te liggen. Dit zal immers toelaten om de gezondheid op een globale manier te benaderen (net zoals de individuen het in de realiteit beleven) en alle aspecten ervan te evalueren, tegelijkertijd rekening houdend met de beperkte middelen van de gezondheidsdiensten. Dit verhindert echter niet om de globale meting te vervolledigen met de informatie die afkomstig is uit Epicure.

De hiernavolgende tabel vergelijkt de vier bestudeerde opties met de kwaliteitscriteria van een monitoring-systeem.

	<i>ORS-PACA</i>	<i>MHCM</i>	<i>EPICURE</i>	<i>GHQ</i>
<i>KOSTPRIJS</i>	-	--	-	+/-
<i>SENSIBILITEIT</i>	Niet gevalideerd	Niet gevalideerd	Niet gevalideerd	+
<i>SPECIFICITEIT</i>	Niet gevalideerd	Niet gevalideerd	Niet gevalideerd	+/-
<i>POS.VOORSP.WAARDE</i>	--	--	--	++
<i>REPRESENTATIEF KARAKTER</i>	+/-	+/-	+/-	+
<i>OPPORTUNITEIT</i>	--	--	-	++
<i>EENVOUD</i>	-	--	-	++
<i>FLEXIBILITEIT</i>	+/-	+/-	+/-	+
<i>AANVAARDBAARHEID</i>	+/-	+/-	+/-	+

7.4.3.2.2 Gegevensinzameling en transfer van de gegevens pragmatisch bekeken

7.4.3.2.2.1 Inzamelingsprocedures :

De GHQ wordt gegeven aan elke gedetineerde die zijn akkoord geeft, in de door hem gekozen taal en met de uitleg dat het de bedoeling is om een zicht te krijgen op de gezondheidstoestand. De gedetineerde vult deze lijst in en maakt ze over aan diegene die instaat voor de verzameling. Men kan op dat ogenblik ook nagaan of de lijst correct werd ingevuld.

De antwoorden kunnen ingevoerd worden op een formulier "gezondheidstoestand", indien men het uiteindelijk nuttig acht, en zullen vanaf dat ogenblik deel uitmaken van het medisch dossier (ter herinnering: de vijf overige formulieren die men systematisch terugvindt in het begin van het dossier zijn: "aandoeningen", "risico's", "inenting", "taken" en "item contact").

7.4.3.2.2 Gebruik van de gegevens :

De scores over de gezondheidstoestand worden automatisch berekend voor het geheel van de gedetineerden in de instelling. Wanneer, hypothetisch, één aspect (somatisch, angstgevoelens/slapeloosheid, enz.) een alarmerende score oplevert kan dit aanzetten om het initiatief te nemen voor een gezondheidsprogramma (opsporen, preventie, gezondheidspromotie of -opvoeding), dat zich richt naar de algemene populatie.

7.4.3.2.3 Transfer voor analyse en interpretatie:

Vanuit de geïnformateerde basis, worden het bestand met de indicatoren (scores) en bepaalde demografische basiskennmerken (beschikbaar in SIDIS) één (of meerdere malen per jaar) berekend om dan aan de andere informatiebronnen te worden toegevoegd.

De transfer gebeurt onder de vorm van een tabel waarvan u hieronder een voorbeeld vindt:

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

Er wordt aan de gezondheidsdiensten gevraagd om naast de gegevens van de GHQ een tabel door te geven met het aantal casussen voor een welbepaalde lijst van aandoeningen (zie lijst "aandoeningen" in het systeem EPICURE). De sensibiliteit en de specificiteit van de gegevens zijn onbetrouwbaar maar ze kunnen ons op een benaderende wijze inlichten over de prevalentie van deze pathologieën wanneer de afname van luik één van de enquête gebeurt. Men zou op dezelfde wijze kunnen te werk gaan met de lijst "risico's" en rekening houden met dezelfde hierboven vermelde bedenkingen.

7.4.3.2.4 Periode met een haalbaarheidstest voorafgaand aan de veralgemeende toepassing :

Het is wenselijk dat de overheden die naar aanleiding van dit verslag de beslissingen zullen nemen, niet vragen om de GHQ in EPICURE op te nemen.

Alle ingevulde GHQ vragenlijsten worden overgemaakt aan een onafhankelijke instantie aangewezen voor de analyse en de interpretatie en die belast zou zijn met het invoeren van de gegevens op computer vòòr de verwerking.

Naast de meerkosten die dat eventueel zou meebrengen, mag men evenmin de investering door het gezondheidspersoneel van de strafinrichtingen uit het oog verliezen, dat daarenboven niet meer zal beschikken over lokale resultaten.

7.4.3.3 Deel 2: Het meten van het voorkomen van risico-aandoeningen

7.4.3.3.1 Keuze van het middel

7.4.3.3.1.1 Besmettelijke ziektes

De risico's op besmetting met hepatitis B en C of met HIV/Aids binnen een gevangenispopulatie zijn afhankelijk van het voorkomen van deze aandoeningen binnen deze bevolkingsgroep. Als er geen enkele gedetineerde HIV seropositief is in een gevangenis, dan is de kans op besmetting in deze groep onbestaande. De aanwezigheid van één besmette gedetineerde kan echter aanleiding geven tot een epidemie wanneer er in de directe omgeving van deze persoon risicogedrag wordt vastgesteld (we denken hierbij aan de HIV epidemie in Schotland, waarnaar reeds eerder verwezen werd³³⁹). Daarom is de prevalentie van deze aandoeningen een essentieel onderdeel van het monitoring-systeem.

Om de prevalentie te meten beschikken we over twee middelen; enerzijds de prevalentieonderzoeken, en anderzijds de analyse van de gegevens die uit de medische dossiers worden verzameld.

Prevalentieonderzoeken hebben een hoge kostprijs in termen van staalafnames, laboratoriumanalyses en analyse van de gegevens. In functie van de participatiegraad van individuen aan een prevalentieonderzoek zijn de systematische selectiefouten min of meer belangrijk.

De medische dossiers van gedetineerden bevatten alle resultaten van de analyses die gevraagd werden door de arts in het kader van de medische consultaties. Er bestaat dus al een selectiefout, aangezien de arts 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 1997³⁴⁰, de onderzoekers geconfronteerd met aanvaardbare overeenkomstige resultaten tussen die van het onderzoeksteam en de gegevens van de medische dienst van dezelfde gevangenis. Tenslotte moet gezegd worden dat de verzameling van de gegevens uit de medische dossiers geen extra kosten met zich mee brengen, en dat deze gegevens kunnen onttrokken worden bij de start van het EPICURE programma.

Op basis van de hieronder vermelde elementen, hebben we dus de keuze gemaakt om gegevens te gebruiken die reeds in het EPICURE programma aanwezig zijn.

³³⁹ TAYLOR A., GOLDBERG D., WRENCH J., GRUER L., CAMERON S. et al; Outbreak of HIV infection in a Scottish prison; BMJ vol.310, 4 february 1995, page 289-292

³⁴⁰ European network for HIV and hepatitis prevention in prison. 2d annual report: May 1998, Bonn-Marseille

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

7.4.3.3.1.2 Andere risicofactoren

Andere belangrijke gegevens voor de evaluatie van het risico en de monitoring van deze zijn beschikbaar vanaf het begin van EPICURE. Deze variabelen zijn :

- het aantal personen onder methadon substitutie
- het aantal personen met onthoudingsverschijnselen

7.4.3.3.2 Modaliteiten en frequentie van dataverzameling

De gegevens worden uit EPICURE gehaald één keer per jaar en op een gegeven dag.

7.4.4 Het derde luik: omgevingsrisicofactoren en diensten

7.4.4.1 Inleiding

Dit element heeft betrekking op gegevens over de situatie, het functioneren en de gezondheidsinitiatieven evenals enkele andere aanvullende gegevens die afkomstig zijn vanuit de directies. Al deze gegevens worden bevroegd op het niveau van de inrichting zelf, en betreffen gegevens die verzameld worden hetzij op de dag wanneer de bevraging gebeurt bij de gedetineerden (zie hierboven: luik 1), hetzij een gegevensverzameling die een gans kalenderjaar overlappen.

De vragenlijsten die in dit deel (luik 3) worden voorgesteld 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, en duiding gevend hoe en wanneer de, volgens de instructies, ingevulde vragenlijsten moeten terug gestuurd worden naar de dienst die instaat voor de codering en de analyse.

7.4.4.2 Vragenlijst voor de directie

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 voorbije 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>		
<i>Verpleegkundige</i>		
<i>Psycholoog</i>		
<i>Externe organisaties. Welke?</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wat is het aantal jaarlijkse bijeenkomsten:

Zijn er in uw instelling interventies opgezet om de gezondheid van de gedetineerden te verbeteren?

neen

ja

1/ 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>		

2/ 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>		

3/ 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>		

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.

7.4.4.3 Vragenlijst voor het hoofd van de medische dienst van de gevangenis

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 suïcide 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 fysieke 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 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 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>Funcitie</i>	<i>Analyse en institusionele relaties</i>	<i>Bijzonderheden betreffende gezondheid in gevangenissen</i>	<i>Gezondheidseducatie</i>
<i>Algemeen geneeskundige</i>			
<i>Tandarts</i>			
<i>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.

7.5 INTEGRATIE EN INTERPRETATIE VAN DE VERKREGEN GEGEVENS

7.5.1 Toepassingsmodaliteiten

De specifieke toepassingsmodaliteiten van de verschillende luiken werd reeds hierboven omschreven. Globaal gesproken zal de verzameling van alle data één keer per jaar gebeuren op een gegeven dag in alle uitgekozen instellingen volgens een semi-aselecte steekproef, zoals vermeld werd bij de voorstelling van het eerste luik (7.4.2.3.4 : rekrutering van de participanten).

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.

Op basis van de waarde die wordt toegekend aan alle variabelen wordt het mogelijk om een risico-index te bepalen voor de instellingen waar de enquêtes werden gerealiseerd, met name voor de 10 instellingen, evenals voor alle andere instellingen. Aangezien de procedure voor het selecteren van de instellingen waar de enquêtes worden gehouden, voorziet dat er jaarlijks andere instellingen kunnen worden geloot voor de afname van de enquête, wordt het mogelijk, door de enquête te herhalen, een evolutie te meten in het risico voor alle instellingen.

7.5.2 Voorafgaande test

We herhalen dat het systeem tot op heden niet werd getest, en dat we daardoor niet kunnen bevestigen of deze verzameling van gegevens haalbaar is, dan wel of de analyse en interpretatie van de resultaten kan worden verfijnd. We stellen eveneens vast dat het huidige systeem in deze omschrijving relatief zwaar is.

Daarom zal een voorafgaande test in een eerste fase toelaten om de haalbaarheid te evalueren van het gebruik van de instrumenten voor het verzamelen van gegevens, aangezien dit nog niet eerder is gebeurd. We verwijzen met name naar de luiken 2 en 3.

Vervolgens zal de multi-variant analyse op basis van alle beschouwde variabelen in dit project toelaten om die variabelen of factoren te identificeren die een belangrijke invloed hebben op de gezondheidsrisico's van de gedetineerden. Aan het einde van deze analyse moet het mogelijk zijn om de essentiële en noodzakelijke variabelen te identificeren om dit risico te meten en om het systeem eenvoudiger te maken zodat de kosten van het onderzoek op termijn kunnen worden verminderd. In dat stadium zal het van essentieel belang zijn om samen met de begunstigde van het systeem te bepalen wat hij hiermee wil aanvangen: of hij het wil gebruiken als een monitoring-systeem dan wel als een onderzoekssysteem. Want in functie van de gekozen optie zal het eindproduct er anders uitzien. Er moet een keuze worden gemaakt in functie van de doelstellingen en in functie van de financiële mogelijkheden van dit project.

7.5.3 Verspreiding van de resultaten

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.

8 GLOBAAL BESLUIT:

Op vraag van het Directoraat-generaal Strafinrichtingen werd, in 1997, door de U.L.B. en de U.C.L. een onderzoek verricht m.b.t. de penitentiaire drugpolitiek. In dat onderzoeksrapport werden door de twee instellingen aanbevelingen geformuleerd.

Ofschoon de doelstellingen van dit huidige onderzoek anders zijn, werd binnen het onderzoeksteam (samengesteld uit Free Clinic, Modus Vivendi, U.L.B. en U.C.L.) de optie genomen om deze aanbevelingen opnieuw te formuleren aangezien deze, voor het grootste deel, nog steeds hun waarde hebben. Deze aanbevelingen werden verder aangevuld op basis van specifieke informatie die in deze huidige studie aan bod kwam.

8.1 INLEIDING

Aanbevelingen 1997

- ❖ In het raam van de aanbevelingen stellen wij een gemengd model voor dat geïnspireerd is op het model ter beheersing van de gezondheidsrisico's en van de ontkoppeling. Van het eerste model behouden we het vermogen om doelstellingen te integreren die a-priori tegenstrijdig zijn, en van het tweede model het idee van differentiëring tussen gezondheidslogica en veiligheidslogica. Naar onze mening moet het controlemodel zich verwijderen van het specifieke doel van het druggebruik om zich te beperken tot het algemene raam van de veiligheid.
- ❖ Wij hebben aangetoond dat een reflectie over een model van penitentiair beleid m.b.t. drugs niet kan voorbijgaan aan het fenomeen van de aangroei van de gevangenispopulatie en aan de effecten van een veronderstelde overrepresentatie van de druggebruikers in detentie. Alvorens zelfs na te denken over de gevangenis en haar modaliteiten is het aangewezen om een zeker aantal bepalende factoren in aanmerking te nemen zoals de overbevolking, die wezenlijk afhangt van het overmatig gebruiken van de gevangenis als archetype van de doeltreffende straf. Wat dit onderwerp betreft zouden een depenalisering in de zin van een "verminderen of afschaffen van de strafrechterlijke sancties" en de decriminalisering, te begrijpen als "het afschaffen van de strafrechterlijke aanklacht"³⁴¹ tegenover druggebruikers kunnen toelaten om een verlichting te vinden in het beheersen van de drugproblematiek in de penitentiaire instellingen. Als er al een oplossing bestaat, dan moet die vooral worden gevonden in de hogere regionen van het strafrechterlijk systeem.
- ❖ Wat de formulering van onze aanbevelingen betreft moeten we vermelden dat het gebruik van de tegenwoordige tijd verwijst naar een duidelijke en gearticuleerde stelling die vertrekt van wat het penitentiair personeel zegt, met ondersteuning uit de literatuur. De voorwaardelijke wijze verwijst naar een ideale stelling die wij ingevolge de logica moeten innemen, maar die nog het voorwerp moet uitmaken van een streng en

³⁴¹ VAN DE KERCKHOVE, M. ; *Le droit sans peines. Aspects de la dépenalisation en Belgique et aux Etats-Unis*, Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis, 1987, p. 306.

wetenschappelijk onderzoek. Dat hebben we nu niet kunnen verrichten omdat we rekening moesten houden met de beperkte middelen voor het onderzoek en het ontbreken van de problematisering van sommige vragen uit de literatuur.

- ❖ Hoewel de aanbevelingen die hierna volgen enkel maar de bestudeerde items betreffen, toch past het om onze ethische en wetenschappelijke stellingname te herbevestigen tegenover druggebruikers, en te beweren dat de regeling van dat probleem veeleer moet gebeuren buiten de strafrechtelijke context.
- ❖ De hiernavolgende aanbevelingen hebben maar zin binnen het kader dat we hoger hebben geschetst. Eén of andere aanbeveling die uit haar verband wordt gerukt zou wel eens contraproductief kunnen zijn. De aanbevelingen vormen een onscheidbaar geheel waarvan de aparte delen mekaar in een cirkelbeweging versterken.

8.2 DETECTIE

Aanbevelingen 1997

- ❖ De nadruk moet worden gelegd op het niet-specifiek zijn van de operationele doelstellingen van het penitentiair beleid in zijn strijd tegen het druggebruik (het verhinderen van de verspreiding van de producten): men dient zich te richten naar een model waar de detectiepraktijken zich inpassen in het algemene veiligheidskader.
- ❖ Het is nutteloos, dit wil zeggen weinig afdoend, weinig doeltreffend en weinig nuttig om te investeren in moderne technieken van drugcontroles, aangezien deze een aanpassingsgedrag oproepen dat ze zinloos maakt.
- ❖ De praktijk van de urinetesten moet beschouwd worden als een medische activiteit, en de enige functie van deze praktijk zou epidemiologisch en/of diagnostisch moeten zijn. Het gebruik ervan als controletechniek voor het druggebruik zou moeten opgegeven worden.
- ❖ De acties van de ordehandhavers blijven ook best achterwege, of het gebruik ervan moet ten minste minimaal zijn.
- ❖ In de mate waarin het fouilleren van aard is om in te gaan tegen de fundamentele rechten en vrijheden van het individu, zoals die werden vastgelegd in de Grondwet en in de Europese Verklaring over de rechten van de mens (meer in het bijzonder m.b.t. de bescherming van het privé-leven) is het nodig om een beter omschreven wettelijk kader aan deze praktijk te geven.
- ❖ Het systeem om gebruikers te identificeren moet zo weinig mogelijk worden gebruikt voor detectie en sanctiedoeleinden.

- ❖ Er zou een aanpassing kunnen gebeuren van de fouilleringspraktijk: fouilleren zou moeten uitgevoerd worden door een personeelslid die niet in dagelijks contact staat met de gedetineerde die eraan wordt onderworpen.

8.3 SANCTIES

Aanbevelingen 1997

- ❖ *Er mag geen specifiek sanctiesysteem zijn m.b.t. druggebruik.*
- ❖ We nemen hier het centrale idee over van het 'CSPP', volgens hetwelk "de mens beter reageert op beloning dan op straf, vooral wanneer hij in een ondergeschikte positie staat"³⁴²; het is dus opportuun om na te denken over de relevantie van de straffen in geval van druggebruik, en over de definitie van het begrip "beloning".
- ❖ Uitgaande van het principe van het behoud van de burgerrechten ten aanzien van de gedetineerde, past het om de uitoefening van zijn rechten te garanderen. In dit kader is het nodig om de sanctieprocedure uniform te maken en om na te denken over het oprichten van een disciplinaire raad waar de rechten van elke partij gewaarborgd zouden zijn door een procedure die conform aan de mensenrechten is.
- ❖ In dezelfde gedachtegang zou de bewaarder bewust moeten zijn van de opvolging van zijn rapport, dat wil zeggen dat hij feedback zou moeten krijgen over de genomen sanctie.
- ❖ Voor wat de informatie aan het Parket betreft zou het gebruik van soft drugs moeten getolereerd worden, enerzijds omwille van de functie van het druggebruik zelf, en anderzijds, omwille van de contraproductieve effecten die repressie van het druggebruik meebrengt voor de actoren en voor het systeem. Herinneren we er ook aan dat, ingevolge het werk van een parlementaire werkgroep inzake drugs, gesuggereerd werd dat deze feiten zouden moeten kunnen rekenen op de laagst mogelijke prioriteit inzake vervolging.³⁴³
- ❖ Het verder zetten van druggebruik als element van contra-indicatie bij het toekennen van penitentiair verlof en voorwaardelijke invrijheidsstelling moet geëvalueerd worden in het licht van de gevolgen die dat heeft op de strafrechtelijke situatie van de gedetineerde (het individuele niveau) maar ook op de penitentiaire 'stock' en de problemen die daarmee verbonden zijn, met name de kans op burn out en institutionele blokkering.
- ❖ De praktijk van de informele sancties, of die nu uitgaan van de ene of de andere beroeps categorie van de penitentiaire instellingen, moet veroordeeld worden vanaf het

³⁴² Avis du CSPP, *La drugscene en prison*, doc 286, p.13.

³⁴³ wat intussen door een ministerieel rondschrijven gecommuniceerd werd aan de parketten

moment dat er een duidelijk sanctiesysteem bestaat dat respect heeft voor alle betrokkenen.

Aanbevelingen voortvloeiend uit het huidig onderzoek

- ❖ Uit dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat de onduidelijkheid m.b.t. sancties zowel bij de bewaarders als bij de gedetineerden gevoelens van onvrede en onzekerheid oproept, wat bij de gedetineerden zelfs een factor kan zijn voor risicogedrag. Er moet dan ook gestreefd worden naar een meer éénduidig sanctiebeleid met een uniforme procedure dat het niveau van een individuele gevangenis overstijgt, waarbij echter wel moet gewaarschuwd worden dat het niet de bedoeling mag zijn dat het repressieve karakter daarmee nog verhoogd wordt.

8.4 REGIME

Aanbevelingen 1997

- ❖ Zoals het advies van de Hoge Raad voor penitentiair beleid het onderstreept³⁴⁴, is het de kwaliteit van het regime van elke instelling die het beste antwoord geeft op de uitdaging van de "drugscene" in de gevangenis. De aanwezigheid van drugs in de gevangenis mag niet leiden tot een afremming van het proces van vermenschlijking van het gevangenisleven, omdat elke verstrakking van het regime risico's van contraproductiviteit inhoudt.
- ❖ Vandaar dat men de toename van activiteiten (werk, vorming, ontspanning), die een factor zijn van interne orde, nog moet stimuleren en ze zelfs opstarten. Deze moeten zich richten naar alle gedetineerden, en gebeuren in samenwerking met de externe organisaties waarvan de sociale bestaansreden niet op het vlak van drugs ligt.
- ❖ Trouwens, het idee van specifieke regimes in functie van drugs moet verlaten worden.
- ❖ Als blijkt dat, ondanks dit advies, bovenstaande stelling toch bijval krijgt, dan moet dat gepaard gaan met de volgende garanties:
 - een bevraging naar de legitimiteit van de oprichting van "drugvrije"-regimes;
 - een proces van samenwerking tussen de penitentiaire instellingen, dat tot doel heeft de experimenten uit het verleden te evalueren, en dat gepaard gaat met referenties naar de theorie;
 - de deelname van experts die niet tot het gevangenis milieu behoren. Deze deelname moet helpen om de nodige afstandelijkheid te bewaren en om te

³⁴⁴ *Ibidem*, p.20.

ontsnappen aan de administratieve logica die leidt tot het inrichten van gespecialiseerde eenheden;

- het zich richten op een model dat niet bedoeld is om (door middel van urinetests) de gevangenispopulatie te controleren.

8.5 BEHANDELING

8.5.1 Algemeenheden

Aanbevelingen 1997

- ❖ Op lange termijn kan de vraag gesteld worden naar de gegrondheid van een volledige delegatie van de competenties op het vlak van de fysieke en mentale gezondheid. Vermits de sociale hulp reeds in zekere mate ressorteert onder de bevoegdheid van de gemeenschappen, zou de penitentiaire administratie het plan kunnen opvatten om het geheel van zijn opdrachten inzake hulpverlening en zorg over te dragen naar de bevoegde ministeries. Aldus blijft de gedetineerde een burger m.b.t. zijn recht op gezondheid, die onderworpen blijft aan de sociale zekerheid en die kan genieten van zorgen die gelijkwaardig zijn aan die van de maatschappij. De medisch-psycho-sociale zorgverstrekkers zouden dan mensen zijn van buiten het gevangeniswezen, die niet zouden tussenkomen in het expertiseverloop (voorbehouden aan functionarissen van het bestuur) en aldus geen enkele vat zouden hebben op het strafrechterlijke dossier of het gevangenisdossier van de gedetineerde. Dit zou immers een positieve invloed hebben op de relatie tussen gedetineerde en zorgverstrekker.
- ❖ In afwachting daarvan zou het wenselijk zijn om aanpassingen te vinden die als doel hebben de zorgverstrekking te scheiden van het expertiseproces.
- ❖ De resultaten van de personeelsvergadering moeten steeds aan de gedetineerde worden meegedeeld door de directie.
- ❖ Op een heel ander vlak moet het principe van de schriftelijke aanvraag herzien worden. Inderdaad, een zekere tolerantie van het gevangenispersoneel zou moeten toelaten dat sommige gedetineerden hun vraag mondeling en informeel stellen. Trouwens, het systeem van de brievenbussen, die aanwezig zijn op elke sectie en die gesloten worden met een sleutel die onder de verantwoordelijkheid valt van de zorgverstrekkers, zou kunnen uitgebreid worden.

Aanbevelingen voortvloeiend uit het huidig onderzoek

- ❖ Gezien het specifieke karakter van de drug en verslavingsproblematiek is het aan te raden dat er protocollen worden ontwikkeld die de samenwerking reguleren tussen de zorgverstrekkers in penitentiaire settings en de drughulpverlening. De gevangenis

moeten daarbij externe hulpverleningsdiensten in de ruimst mogelijke mate toelaten en faciliteiten aanbieden om intramuraal actief te zijn met preventie en zorg. Anderzijds moet de drughulpverlening een aanbod geven dat, onafhankelijk de regio, alle gedetineerden kan bereiken en het ganse scala van methodieken (gaande van schadebeperking tot therapeutische gemeenschappen) omvat.

8.5.2 Psychosociale zorgverstrekking

- ❖ Het onthaal van de binnenkomers is van primordiaal belang. Het moet hier gaan over een onderhoud dat psychosociale ondersteuning biedt, namelijk een grondig gesprek, wat iets anders is dan een eenvoudige verzameling van gegevens. Het zou er onder meer op gericht moeten zijn om informatie te verkrijgen over de mogelijke dienstverlening, over de mogelijke gevolgen van een expertise en over het algemeen functioneren van de gevangenis.
- ❖ In feite zijn er drie periodes die een volgehouden ondersteuning eisen omwille van de stress en de daarmee verbonden moeilijkheden: het gaat om het binnenkomen, het naderen van de rechtspraak en het verlaten van de gevangenis. Voor het realiseren van die ondersteuning bestaan er twee opties.
 - De eerste optie stelt dat, in het licht van de logische scheiding tussen hulpverlening en expertise, maar ook omwille van de overbevraging van de diensten, de psychosociale omkadering zou moeten worden versterkt. Bij gebrek daaraan, is het nu reeds mogelijk om in sommige instellingen individuele aanpassingen te doen om het probleem van de dualiteit in de opdracht wat te doen vervagen: het gaat om een efficiënte verdeling van de dossiers tussen de verantwoordelijke voor de expertise en de verantwoordelijke voor de behandeling.
 - Volgens de tweede optie zou het proces van ondersteuning –en we benadrukken nogmaals dat dit niet specifiek is voor druggebruik-- kunnen uitgevoerd worden, niet meer door een intern sociaal werker maar door de dienst justitieel welzijnswerk. Het lijkt dat deze oplossing meer efficiënt zou zijn, op voorwaarde nochtans dat men de efficiëntie van de tussenkomsten van de diensten justitieel welzijnswerk zou verhogen door ze een nieuwe dynamiek te geven.
- ❖ In het algemeen gaat het erover om vragen naar de buitenwereld te richten, dat wil zeggen naar organisaties waarvan de activiteit niet specifiek gericht is op druggebruik. In dat kader moet de samenwerking met het justitieel welzijnswerk nieuw leven worden ingeblazen door middel van een geheel van afspraken en door een partnerschap dat wordt ondersteund door een formeel raakvlak waarbinnen die uitwisselingen worden aangemoedigd. Dit betekent dat het protocol moet geëvalueerd worden dat hierover werd afgesloten tussen het Ministerie van Justitie en de Gemeenschappen.
- ❖ In alle gevallen is de deelname (beslissend of raadgevend) van de zorgverstrekkers aan de personeelsvergadering niet wenselijk.

- ❖ Alle middelen die gericht zijn op het informeren en het voorbereiden van de gedetineerde op zijn vrijlating moeten gemobiliseerd worden. Trouwens, het technische middel "A qui s'adresser" zou wijd verspreid moeten worden. Inderdaad, die brochure is een echt instrument m.b.t. informatie en vrijlating voor de actoren op het terrein.³⁴⁵

8.5.3 Medische zorgverstrekking

- ❖ Op lange termijn moet de overdracht gebeuren van bevoegdheden inzake gezondheidszorg voor gedetineerden naar het passende ministerie (dat garant moet staan voor eerbied voor het recht op gezondheid van de bevolking, het penitentiair personeel en de gedetineerden, waarbij die eerbied enkel gebaseerd kan zijn op een geharmoniseerd gezondheidsbeleid voor alle actoren in de maatschappij).
- ❖ Op korte of middellange termijn moeten eveneens aanbevelingen worden geformuleerd om diverse disfuncties op te vangen.
- ❖ Een grotere beschikbaarheid van de huisartsen en een permanentie van 24 uur door verpleegkundig personeel is noodzakelijk om een correcte medische zorgverstrekking te verlenen aan de gedetineerden.
- ❖ De bewaarders die aan de verpleegdienst werden toegewezen moeten vervangen worden door gekwalificeerd personeel.
- ❖ Eén van de selectiecriteria voor het verpleegkundig personeel moet zijn luisterbereidheid zijn, die zou kunnen versterkt worden door middel van vorming. Het zou echter eveneens interessant zijn om na te denken over de aanwerving van gegradueerden in de verpleegkunde met een sociale specialisatie.
- ❖ Er moet voor de bereiding en de verdeling van geneesmiddelen een ernstig en streng protocol worden opgesteld, dat ertoe neigt om de handel van geneesmiddelen in de instellingen te beperken. In die optiek is het oplossen van geneesmiddelen in vloeistof niet afdoende. Trouwens, bij de verdeling van de geneesmiddelen moet enige soepelheid in acht worden genomen opdat die verdeling zou kunnen worden geïndividualiseerd in functie van de pathologie, en opdat de gedetineerde de verantwoordelijkheid zou leren opnemen voor zijn eigen behandeling.
- ❖ De circulatie van geneesmiddelen op het niveau van de centrale apotheek moet worden gecontroleerd en een evaluatie van die circulatie in de inrichtingen zelf moet worden tot stand gebracht.
- ❖ Enkel de verpleegkundige moet verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van de bereiding, de verdeling en de controle op inname van geneesmiddelen en voor wat betreft de afname van urinetests (epidemiologie en diagnose).

³⁴⁵ Deze brochure bestaat echter enkel in het Frans.

- ❖ De zorg voor afhankelijke druggebruikers moet de toegang tot een onderhoudsbehandeling met methadon omvatten, en een reflectie op het ontwenningsschema, wat moet toelaten om de ontwenningssverschijnselen echt op te vangen.
- ❖ Men moet zich richten op een beheersmodel van gezondheidsrisico's dat de toepassing veronderstelt van een hele reeks strategieën.
- ❖ Een globale en gecoördineerde strategie van preventie van besmettelijke ziekten moet worden uitgewerkt in samenwerking met alle betrokken actoren, en in partnerschap met de aanverwante sector.
- ❖ Een systeem van epidemiologisch toezicht moet worden ontwikkeld.
- ❖ Er moet een protocol tot opsporing van HIV/AIDS worden uitgewerkt, dat ertoe strekt om aan alle gedetineerden de gelegenheid te bieden om gescreend te worden op vrijwillige basis, door middel van een passende counseling vóór en na de test, en door de garantie dat de resultaten vallen onder de medische geheimhouding.
- ❖ Detectie van SOA's en tuberculose moet worden versterkt of opgericht.
- ❖ Gratis en discrete beschikbaarheid van condooms en glijmiddel in samenwerking met de aanverwante sectoren, zoals het Aidscoördinaat
- ❖ De mogelijkheid moet bestaan om een substitutiebehandeling te vragen onder verantwoordelijkheid van de medische dienst.
- ❖ De verdeling, na aanvraag, van injectiemateriaal, kaderend onder het beroepsgeheim en onder de verantwoordelijkheid van een medische dienst die niet afhangt van het ministerie van Justitie
- ❖ De mogelijkheid om ontsmettingsmateriaal aan te vragen, samengaand met een opvoeding inzake de gebruiksaanwijzingen voor het ontsmetten van tatoeage, piercing of injectiemateriaal.
- ❖ Een campagne voor inenting tegen hepatitis van gevangenispersoneel en gedetineerden.
- ❖ Informatie en opvoedingsmodulen inzake de risico's op overdracht van HIV/Aids, hepatitis en inzake hygiëne in het algemeen, moeten worden ontwikkeld voor personeel en gedetineerden, waarbij een beroep kan worden gedaan op de aanverwante sector.
- ❖ Tenslotte moet men, naast epidemiologisch toezicht op Aids en hepatitis, studies uitwerken over prevalentie en incidentie van het drug en geneesmiddelengebruik. Die studies moeten worden uitgevoerd door specialisten die niet afhankelijk zijn van het ministerie van Justitie.

Aanbevelingen voortvloeiend uit het huidig onderzoek

- ❖ Voor opiaatafhankelijke gedetineerden dient overwogen of een substitutieprogramma met methadon opgestart wordt bij aankomst. Binnen een therapeutisch kader moet dan, in overleg met de gedetineerde, nagegaan worden in hoeverre een programma opgestart wordt en, indien ja, of dit via een afbouw of een onderhoudsschema gebeurt.
- ❖ Voor nieuwe gedetineerden die reeds in een substitutieprogramma zijn bij aankomst moet continuïteit voorzien worden in de behandeling. Voor de verdere voortzetting van het programma moet overleg gepleegd worden met de externe verantwoordelijken en de betrokken gedetineerde.
- ❖ Voor specifieke groepen als zwangere vrouwen en HIV seropositieven die opiaatafhankelijk zijn, is een substitutiebehandeling op onderhoudsbasis ten zeerste aangewezen.
- ❖ Voor gesubstitueerden waarvan vermoed wordt dat zij slechts een korte tijd in detentie zullen verblijven is het aangewezen dat het programma verder loopt om de kans op herval te beperken en therapeutische continuïteit na de vrijlating te garanderen.
- ❖ Indien ontwenningprogramma's gebeuren, moeten deze kaderen in een therapeutisch verantwoord schema en met respect voor de menselijke waardigheid van de gedetineerde. Ondersteuning door externe organisaties die zich in die materies verdiepen is daarbij aangeraden.
- ❖ Ofschoon het injecteren van drugs een marginaal verschijnsel is binnen detentie, is er een zeer hoog risico wanneer het wel gebeurt. Ook het tatoeëren en piercen is een risico. De beschikbaarheid van desinfectiemateriaal is dan ook minimaal aan te raden, evenals een gebruiksaanwijzing voor het correct desinfecteren. Beschikbaarheid van materialen om te tatoeëren moet overwogen worden. Dit kan gebeuren in samenwerking met o.a. de Belgische Bond van tatoeëerders.
- ❖ Gezien de ervaringen in het buitenland moet ook de beschikbaarheid van injectiemateriaal, eventueel onder de vorm van een pilootproject, overwogen worden.
- ❖ Gezien de risico's bij penitentiair verlop en vrijlating is het aan te raden dat er preventiekits worden ontwikkeld die de gedetineerde meekrijgt bij het vertrek. In deze kits bevindt zich informatie over risico's en de beperking ervan, nuttige adressen, voorbehoedsmiddelen, injectiemateriaal en/of methadon. De ontwikkeling van dergelijke kits gebeurt best in samenwerking met externe organisaties.
- ❖ Teneinde de continuïteit van de therapeutische programma's te verzekeren bij transfers en vrijlating moet de samenwerking met derden al voorafgaandelijk opgestart worden. Het uitwisselen van medisch relevante informatie, mits goedkeuring van de gedetineerde en mits behoud van het beroepsgeheim, is daarbij relevant.

8.6 STRUCTUUR

Aanbevelingen 1997

- ❖ De nationale stuurgroep is een structuur die behouden moet blijven mits een wijziging in zijn huidige samenstelling, met name in verband met de volgende elementen:
 - ruimere algemene doelstellingen die het raam van het druggebruik overstijgen en die passen in een penitentiair beleid en in een strafbeleid;
 - duidelijke en precieze operationele doelstellingen die omschreven worden door de groep;
 - de samenstelling van de groep moet worden gewijzigd opdat een zeker evenwicht zou worden bereikt tussen vertegenwoordigers van het gevangeniswezen maar ook andere besturen of diensten (Dienst voor Strafrechterlijk beleid, ministerie van Volksgezondheid, Gemeenschappen), extrapenitentiaire experts en vertegenwoordigers van de academische sector;
 - de groep moet eveneens een evaluatie-eenheid omvatten voor het lokaal beleid, en een coördinatieraakvlak zijn tussen het centrale en lokale niveau;
 - actieve samenwerking met de Dienst voor Strafrechterlijk beleid bij het ministerie van Justitie

- ❖ De lokale stuurgroep moet behouden blijven om zich te kunnen inschakelen in hetzelfde raam als de nationale stuurgroep. De samenstelling ervan moet een weerspiegeling zijn van alle actoren van de instelling, met inbegrip van de verschillende hiërarchische niveaus, en ze moet openstaan voor extrapenitentiaire actoren die al dan niet werken in de inrichtingen. Deze structuur zou de plaats moeten zijn waar nagedacht wordt door penitentiaire en extrapenitentiaire actoren, met de bedoeling om als partners samen te werken. Het werk moet gebeuren met als vertrekpunt een inductieve methodologie, afgewisseld met theoretisch opzoekingswerk. Daarnaast moet die structuur een evaluatie-eenheid omvatten voor de lokale activiteiten.

8.7 VORMING

Aanbevelingen 1997

- ❖ Op het vlak van de rekrutering moet elke kandidaat die zich aandient voor een betrekking bij de penitentiaire administratie onderworpen worden aan een evaluatie van zijn bekwaamheden om de in te vullen betrekking uit te oefenen.

- ❖ Globaal moeten bij het opstarten van een vormingsbeleid de volgende vragen worden gesteld: voor wie ? waarom ? waar ? wanneer ? hoe ?

- ❖ Alle penitentiaire personeelsleden, met inbegrip van de directeurs, moeten tegelijk worden geïnformeerd en gevormd voor de uitoefening van hun opdrachten, en dat vóór het opnemen van hun functie. Inderdaad, in de loop van de voorbije jaren leek het niet meer dan evident dat vorming gebeurde op het niveau van de bewaarders, maar het blijkt nochtans dat “de manier waarop de gevangenis wordt bestuurd” bepalend is voor de werking ervan, zodat het belangrijk is om ook vorming te voorzien voor de directeurs van alle graden.
- ❖ Er zou een algemene vorming moeten worden georganiseerd en gestructureerd in functie van de definitie van een penitentiair beleid. Deze algemene vorming zou het enge raam van het druggebruik moeten overstijgen. De inhoud van het vormingsprogramma moet worden aangepast in functie van de betreffende beroepscategorie.
- ❖ De vorming moet tot doel hebben om te doen inzien hoe ingewikkeld het fenomeen van de delinquentie geworden is, en moet een zin geven aan wat er in het detentiemilieu omgaat. Daarnaast moet voor de bewaarders een cursus in E.H.B.O. worden georganiseerd.
- ❖ Het zou ideaal zijn om plaatsen te creëren waar een voortdurende uitwisseling tussen theorie en praktijk zou kunnen gebeuren. Daarom zou op dit vlak de praktijk moeten kunnen blijven bestaan van supervisie en collectieve uitwisseling, zowel inter- als intraprofessioneel. De supervisie zou als voorziening kunnen geïntegreerd worden in de werking van de lokale werkgroepen.
- ❖ De vorming moet gebeuren volgens een realistische programmatie die rekening houdt met de verplichtingen inzake uurroosters, zodanig dat die uurroosters kunnen worden gerespecteerd.
- ❖ De vorming inzake drugs zou een plaats moeten vinden in dit grote geheel. Indien, ondanks alles, de beleidsverantwoordelijken geen rekening houden met de aanbevelingen en toch een specifieke vorming zouden uitwerken, dan mag die speciale vorming niet verplichtend worden gesteld en zou ze buiten de gevangenis moeten worden georganiseerd, vanuit de bekommernis om inter- en intraprofessionele uitwisseling tot stand te brengen.
- ❖ Het zou goed zijn om een wetenschappelijke en strenge evaluatie-dienst voor de vormingsprogramma's op te richten. Die instantie zou onafhankelijk moeten zijn van besturen en aanverwante diensten.
- ❖ De ervaringen met de lopende vormingsstructuren verdienen een evaluatie inzake gevolgen en impact.
- ❖ De praatgroepen, het programma PEGGY en het programma TIMC moeten blijven bestaan in de mate waarin het hier gaat om permanente structuren die bijdragen tot het leren omgaan met een steeds betere beeldvorming, tot het omschrijven van het probleem van het druggebruik en tot het opheffen van de muren tussen kennis en professionele uitwisseling. Nochtans moet geëvalueerd worden of het opstarten van

dergelijke structuren opportuun is, door middel van een analyse van de lokale behoeften. Daarnaast zouden de doelstellingen van die structuren moeten worden verbreed naar andere problemen dan het druggebruik.

- ❖ Deelname van het personeel aan de verschillende externe en interne structuren, en ook aan de vorming, moet vergemakkelijkt worden en deel uitmaken van hun te presteren uren.
- ❖ In de schoot van de centrale administratie moeten de burn out en de turn over, die men in de instellingen terugvindt, het voorwerp uitmaken van een efficiënt beheer (een erkennen als probleem) omdat dit factoren zijn die de verschillende operationele structuren bedreigen.

Aanbevelingen voortvloeiend uit het huidig onderzoek

- ❖ De huidige opleiding voor bewaarders m.b.t. tot de drugproblematiek wordt als onvoldoende beleefd. Er is dan ook dringend nood aan een reëvaluatie van de bestaande programma's en het ontwikkelen van nieuwe modules die in de eerste plaats aangepast zijn aan de noden en verzuchtingen van de bewaarders. De meeste modules die nu gegeven worden, ook door externe organisaties, zijn voor het personeel immers niet vertaalbaar naar hun dagelijkse praktijk. Als belangrijkste hiaten in de huidige opleiding kwamen in dit onderzoek naar boven: training m.b.t. de beroepsrisico's die gelieerd zijn aan besmettelijke aandoeningen zoals HIV/Aids, hepatitis en TBC; het omgaan met agressief gedrag bij drugmisbruik en/of onthoudingsverschijnselen en een betere inschatting van medische crisissituaties zoals overdosis.

8.8 ONDERZOEKEN EN VOORUITZICHTEN

Aanbevelingen 1997

- ❖ Het gehele penitentiaire beleid moet zich richten naar een verandering op lange termijn. Deze verandering moet leiden tot de omschakeling van een controlemodel naar een beheersmodel inzake gezondheidsrisico's, waarvoor een reële politieke wil moet bestaan. In dat opzicht blijkt de nationale stuurgroep een instantie te zijn die duidelijke fundamenten moet voorstellen voor het beleid.
- ❖ Ondanks de beperkte middelen lijken de resultaten van het huidige onderzoek veelbelovend, zowel op het vlak van de structurele en ideologische mechanismen die we hebben ontdekt, als op het niveau van de te definiëren beleidssporen, zodat het belangrijk is om permanent onderzoek op te starten op het niveau van de lokale en federale beleidsinstanties.

- ❖ Het is eveneens passend en relevant om de volgende elementen voor te stellen.
 - Feedback van het onderzoek naar het personeel van de penitentiaire instellingen.
 - Toestemming, vanwege de administratie, om in de toekomst te kunnen publiceren op dit domein.
 - Pedagogische vertaling van het huidige onderzoek en een operationalisering ervan in termen van vorming voor het gevangenispersoneel. Dit proces strekt ertoe om de praktijken op individueel zowel als op structureel niveau te onderkennen. Dit zou de participanten toelaten om zich een duidelijker beeld te vormen van het gevangensmilieu en om bewust te worden van hun kwaliteit als participant binnen dat systeem.
 - Rekening houdend met de wezenlijk kwalitatieve methode van het huidige onderzoek, zou dat onderzoek verdienen om aangevuld te worden met een kwantitatieve benadering, hetgeen, gezien de beschikbare middelen, nu onmogelijk was. Het is inderdaad relevant om, vertrekkende van de literatuur, beschouwingen te wijden aan variabelen als het type instelling, het type populatie, de fenomenen burn out en turn over. Bovendien zou de gedetineerde, als voornaamste participant in de problematiek, het verdienen om het onderwerp uit te maken van een nieuw onderzoeksproces. Dat proces moet leiden tot een fijner modelleren van het penitentiair systeem, wat een meer gedetailleerde basis biedt voor de aanbevelingen en toelaat om nieuwe hypothesen te ontwikkelen.

Aanbevelingen voortvloeiend uit het huidig onderzoek

- ❖ Als laatste aanbeveling verwijzen we naar het besluit dat geformuleerd werd m.b.t. de afname van het globale epidemiologische instrument dat in deze studie werd voorgesteld.³⁴⁶

³⁴⁶ Zie 7.5. Integratie en Interpretatie van de verkregen resultaten

9 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.
- ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr., « Régime pénitentiaire et fonctions de l'usage de drogues », in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A., FIGIEL, Ch. (red.), *La politique en matière de drogues en Belgique : développements actuels*, Actes du Cinquième congrès national *Gestion des drogues en 2000*, Gand, 5/6 novembre 1997, Antwerpen-Apeldoorn/Bruxelles, Maklu-Uitgevers/Bruylant, 1998, pp. 345-358.
- AGENCE DE PRÉVENTION DU SIDA, *La Prévention du Sida en Communauté Française : Plan Guide Triennal 1996-1998*, Brussel, Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique
- ALBARELLO, L., DIGNEFFE, Fr., HIERNAUX, J.-P., MAROY, Chr., RUQUOY, D., de SAINT-GEORGES, P., *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*, Parijs, Armand Colin éd., coll. « Coursus », 1995.
- ALLWRIGHT, S., et al., *Hepatitis B, hepatitis C and HIV in Irish prisoners: prevalence and risk*, Dublin, Department of Justice Equality and Law Reform, 1999.
- AYMARD, N., LHUILIER, D., *Sécurité et identité professionnelle des personnels de surveillance*, Parijs, Géal, 1993.
- BARTHOLEYNS, Fr., *Les détenus et la droit à la santé. De la médecine pénitentiaire à la médecine en milieu pénitentiaire*, mémoire présenté sous la direction de Ph. MARY en vue de l'obtention du titre de licencié en sciences criminologiques, 1997-1998, en préparation chez Bruylant dans la coll. de l'Ecole des sciences criminologiques de l'U.L.B.
- BATH, G.E., DAVIES, A.G., DOMINY, N.J., PETERS, A., RAAB, G., RICHARDSON, A.M., "Imprisonment and HIV prevalence", *The Lancet*, nov. 1993, p. 1368
- BEGHIN, D., PREVOST, M., de ROUBAIX, J., LEQUARRE, F., *Monitoring de l'infection au VIH et du Sida en Belgique. Mise à jour 1995*, Brussel, Agence de prévention du Sida, Ministère de la Santé de la Communauté française, 1997
- BERKELMAN, R.L., et al., "Public health surveillance", In *Oxford Textbook of Public Health*, 3rd ed., (ed. R. Detels, W. W. Holland, J. McEwen and G. S. Omenn), Oxford, Oxford University Press, 1997, pp 735-750.
- BERTHAM, S., *Results of gaols urinalyses update : july - december 1989*, Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-release Methadone Program, Study n°10, Research and Statistics division, 1991.
- BERTRAM, S., GORTA, A., *Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community*, Evaluation on the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program, Study n°8, Research Publication department of corrective Services, Publication n°21, 1990.
- 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.
- BIRD, G., GORE, S., CAMERON, S., ROSS, A., GOLDBERG, D., "Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barunnie", *AIDS*, 1995;9: 801-808.
- BIRD, G., GORE S., "Study of infection with HIV and related risk factor in young offenders'institution", *BMJ*, 1993, vol. 307, pp68-90.
- BLIX, O., GRONBLADH, L., « AIDS and IV heroin addicts : the preventive effects of methadone maintenance in Sweden », *Drug and alcohol dependance*, 1981, n°7, pp.249-256.
- BOSMANS, R., « Bilan de 5 années de fonctionnement du groupe I.T.I. », *Les cahiers de la dépendance*, 1990, pp. 109-129.
- BOLETTE, Ph., « Le groupe 'In-dépendance' », *Les cahiers de la dépendance*, 1990, pp. 159-174.
- BRITTON, J. et al., *Nicotine addiction in Britain*, A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, London, february 2000.
- BROCHU, S., MERCIER, C., « Les doubles problématiques avec une composante de toxicomanie : état de la littérature », *Psychotropes*, 1992, vol. VII, n°3, pp. 7-20.
- BOYD, S., FAITH, K., "Women, illegal drugs and prison : views from Canada", *International Journal of Drug Policy*, 1999, n°10, pp. 195-207.

- BUFFARD, S., « Y a-t-il une évolution de la prison ? Réflexion du groupe multiprofessionnel de Lyon sur les questions pénitentiaires », *Déviante et Société.*, 1977, vol.1, n°2, pp. 203-208.
- CAPLEHORN, J.R.M., DALTON, M.S., CLUFF, M.C., PETRENA, A.M., « Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death », *Addiction*, 1994, n°89, pp. 203-207.
- CAPLEHORN, J., ROOS, M., « Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing », *The international journal of the addictions*, 1995, vol.30, n°6, pp. 685-698.
- CARTUYVELS, Y., MARY, Ph. (dir.), *L'Etat face à l'insécurité. Dériver politiques des années 90*, Brussel, Labor, 1999.
- CASTELLANO, T.C., BECK, R., « A cross-classification of prison substance abuse program models. The relevance of structural fit », *Journal of crime and Justice*, 1991, vol. XIV, n° 1, pp. 123-144.
- CHAUVENET, A., BENGUIGUI, G., ORLIC, Fr., *Le personnel de surveillance des prisons. Essai de sociologie du travail*, Convention de recherche entre le Conseil de la recherche de ministère de la Justice et l'EHESS (janvier 1990), Parijs, Centre d'étude des mouvements sociaux, CNRS, Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, mai 1992.
- COLARDYN, M., « L'application de la législation sociale aux détenus et aux membres de leur famille », *B.A.P.*, 1972, n°5, pp. 301-323.
- CONSEIL SUPÉRIEUR DE POLITIQUE PÉNITENTIAIRE, *La drugscène en prison*, doc 286.
- DANTINE, M.-P., *S.I.D.A. Note d'information aux personnes incarcérées*, Equipe U.L.B. Brussel. 1995
- DAVID, E., « Le droit à la santé comme droit de la personne humaine », *Rev. québécoise dr. intern.*, 1985, pp. 64-115.
- DE BRUINE, S., STEEGHS, F., "Development of health education programs for female prisoners in the Netherlands", communication au *Third European Seminar on HIV and Hepatitis in Prison*, Milan, 28-29 mai 1999.
- DEBUYST, C., « L'observation psychosociale avant et après jugement », in *Les interventions psychosociales dans le système de justice pénale*, Rapports présentés à la 20^{ème} Conférence de recherches criminologiques (1993), *Recherche criminologique*, vol. XXXI, 1995, pp. 41 et s.
- DECLERCK, S., *Politique pénale et exécution des peines. Note d'orientation*, Ministère de la justice, juin 1996.
- DE CONINCK, G., « La formation initiale du personnel de surveillance des établissements pénitentiaires : des exigences morales et religieuses à la formation d'intervenants socio-éducatifs en milieu pénal », *Déviante et Société*, 1997, vol.21, n°2, pp.166-167.
- DENIS, B., LEFEBVRE, V., « Hépatites C et Toxicomanie », *Revue de la médecine générale*, 1996, n° 137, pp.28-39.
- DENIS, B., *Résultats intermédiaires Hépatite C et Toxicomanie*, Charleroi, Groupe d'Etude des Maladies liées à la Toxicomanie, 1995.
- DENIS, C., « Des prisonniers interdits de santé ? », *Tonus*, 1988
- DE PAUW, W., « La justice sous influence : la trajectoire pénale des affaires de drogues à Bruxelles », *Rev. intern. crimin. pol. techn. scientif.*, 1998, n°3, pp. 305-325.
- 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.
- DE RUYVER B., VERMEULEN G., FLAVEAU A., DE LEENHEER A., CARLIER F., NOIRFALISE A., PELC I. (red) ; Drugbeleid aan de vooravond van de 21ste eeuw. Werkgroep 3 : Drughulpverlening in gevangenis, pp. 306-315 ; zevende nationaal congres Drugbeleid 2000, 26-27 oktober 1999, uitg. Maklu.
- DETIENNE, J., ETIENNE, I., PIERAERTS, M. (red.), *Participation de la société dans les prisons*, Brussel, Commission royale des patronages, 1997.
- DETRY, C., *De l'organisation des soins de santé en milieu pénitentiaire en Belgique*, mémoire présenté sous la direction de J. MASSON en vue de l'obtention du titre de licencié en sciences de la santé publique, U.C.L., 1998-1999.
- DEVRESSE, M.-S., « La rencontre entre la police communale belge et les usagers de drogue : en toute discrétion », *Déviante et Société*, 1999, vol. 23, n°1, pp. 59-73.
- DE WAELE, J.-P., DEPREEUW, W., *Formation du personnel pénitentiaire. De la surveillance à la guidance*, Bruxelles, Le Moniteur belge, 1985.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES ; *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*, Paris, DREES, Etudes et Résultats, n° 4, janvier 1999.

- DIRECTORAAT GENERAAL STRAFINRICHTINGEN, *Traitement de substitution à la méthadone dans les établissements pénitentiaires*, Document de travail, s.l.n.d.
- DIRECTORAAT GENERAAL STRAFINRICHTINGEN, *La drogue dans les établissements pénitentiaires. Un problème pour chaque détenu et chaque membre du personnel*, s.l.n.d.
- DIRECTORAAT GENERAAL STRAFINRICHTINGEN, *Jaarverslag 1997*, [Brussel], Ministerie van Justitie, s.d.
- DIRECTORAAT GENERAAL STRAFINRICHTINGEN, *Jaarverslag 1998*, [Brussel], Ministerie van Justitie, s.d.
- DIRECTORAAT GENERAAL STRAFINRICHTINGEN, *Formulaire des médicaments*, version 2 – mei 1999.
- DOLAN, K., WODAK, A., « An international review of methadone provision in prisons », *Addiction Research*, 1996, vol. 4, n°1, pp.85-97.
- DOLAN, K., *The reduction of risk behaviour amongst drug users in methadone maintenance treatment in NSW*, Presentation at the Australian and New Zealand Society of Criminology's 10th Annual Conference, UNSW, Sydney, 27-30 september 1994.
- DOLAN, K., WODAK, H.W., KAPLAN, E., "A mathematical model of HIV transmission in NSW prisons", *Drug and alcohol dependence*, 1998, vol. 50, n°3, pp. 197-202.
- DOLE, V., « Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome epidemic », *JAMA*, 1989, pp.1681 - 1682.
- DOM, G.(red); *Dubbeldiagnose : als verslaving en psychische problemen samengaan*, EPO, 1999, p. 210 e.v.
- DORMAN, A., *et al.*, « Psychiatric morbidity in sentenced segregated HIV positive prisoners", *British Journal of Psychiatry*, 1993, vol.163, pp. 802-805.
- DOSSIER « Des pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites », *Les cahiers de prospective jeunesse*, 1996, vol. 1, n°1-2.
- DUCOFFRE, G., *Surveillance des maladies infectieuses par un réseau de laboratoires de microbiologie*, Bruxelles, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur, Section Epidémiologie, 1995.
- DUPONT, L., *Essai d'avant-projet de loi de principes concernant l'Administration pénitentiaire et l'exécution de peines privatives de liberté*, Leuven, 30 september 1997.
- DUPONT, L., *Traité sur un avant-projet de loi de principes concernant l'administration pénitentiaire et l'exécution des peines privatives de liberté. Condensé*, K.U.L., s.d.
- 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.
- DYE, S., ISAACS, C., "Intravenous drug misuse amongst prison inmates : implications for spread of HIV", *British Medical Journal*, 1991, n° 302, pp. 1506-1508.
- 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.
- ERKELENS, L.H., VAN ALEM, V.C.M., « Dutch prison drug policy : towards an intermediate connection », pp. 75-94.
- EUROPEAN NETWORK ON HIV/AIDS AND HEPATITIS PREVENTION IN PRISONS, *2nd Annual Report* : mei 1998, Bonn-Marseille, 1999
- FAUGERON, C., CHAUVENET, A., COMBESSIE, P., *Approches de la prison*, Montréal/Ottawa/Bruxelles, Les presses universitaires de Montréal/Les presses universitaires d'Ottawa/De Boeck Université, coll. « perspectives criminologiques », 1996.
- FARES, *Rapport d'activités 1998*, Brussel, 1999
- FOGEL, D., « Traitement pénitentiaire et contrainte », *Déviance et Société*, 1979, vol. 3, n°2, pp. 149-159.
- FRANCOIS, J., « Pour une clinique alternative en milieu carcéral », *Déviance et Société*, 1979, vol. 3, n°2, pp.169-178.
- FURER, J.W., *Het meten van de gezondheidstoestand. Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten*, Rotterdam, Van Gorcum, 1995.
- GENTILINI, M., TCHERIATCHOUKINE, J., *Problèmes sanitaires dans les prisons. Maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant, pendant et après l'incarcération*, Rapport au Garde des Sceaux, ministre de la Justice et au secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité sociale, Parijs, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences, 1997.

- GOLDBERG, M., GOLDBERG, P., DAVID, S., DASSA, S., MARNE, M.J., LANDRE, M.F., *Etude sur la santé et les conditions de travail des personnes de l'administration pénitentiaire. Aspects épidémiologiques*, Windsor, INSERM, Unité 88, 1992.
- GOLDBERG, D., WILLIAMS, P.A., *User's guide to the GHQ*, Windsor, NFER-NELSON, 1998.
- GORTA, A., *Monitoring the NSW prison methadone program : a review of the research 1986-1991*, Research publication department of Corrective Services, publication n°25,
- GOTTHEIL, E., STERLING, R.C., WEINSTEIN, S.P., « Diminished illicit drug use as a consequence of longterm methadone maintenance », *Journal of addictive diseases*, 1993, vol.12, n°4, p.45.
- GRAWITZ, M., *Méthodes des sciences sociales*, 9^{ème} éd., Paris, Dalloz, 1993.
- GUGGENMOSS-HOLZMANN, I., STARK, K., MULLER, R., "High risk behaviour is common in prisons in Berlin", *BMJ*, 1995, vol. 310, n°6989
- GUILLAIN, Chr., « La nouvelle directive du Collège des Procureurs généraux relative à la politique des poursuites en matière de drogues illégales », *J.P.*, 1998, n°352, pp.11-14.
- GUILLAIN, Chr., SCOHIER, Cl., « La gestion pénale d'une cohorte de dossiers stupéfiants (1993-1997). Les résultats disparates d'une justice dite alternative », à paraître.
- GUILLONNEAU, M., KENEY, A., « Les agressions de détenus envers les surveillants », in *Prison en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 171-181.
- HAASTRECHT, H.J., BAX, J.S., VAN DEN HOEK, A.A., "High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons", *Addiction*, 1998, n° 9, pp. 1417-1425.
- HARDING, G.-T., "AIDS in prison", *The Lancet*, 1987
- HARIGA, F. ; « Sida et Prison », Agence de Prévention du Sida, Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique, September 1997
- HARIGA, F., GOOSDEEL, A. "Euro Boule-de-neige 1998", Bruxelles, *Carnet du risque*, 1999, n°28, pp. 11
- HEFEZ, S., « L'impact des politiques de réduction de risques. Analyse de 'Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users - SERPONI et al.' », *Transcriptase*, 1994, n°30, pp. 20-21.
- HERZOG, C., FASNACHT, M., STOHLER, R., LADEWIG, D., «Methadone substitution as an AIDS-preventive measure in the prison environment », Paper presented at the *European Symposium on drug addiction and AIDS*, Siena, Italy, 1993, october 4-6.
- HEUDTLASS, J.H., STOVER, H., "Harm reduction-Strategien für intravenös applizierende Drogenkonsumenten und Bedienstete auch im Strafvollzug. Ein saferuse-Trainingsprogramm", *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 1998, vol. 21, n°1, pp. 27-36.
- HOBI, V., et al., « Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ », *Schweiz Rundsch Med Prax.*, 1989, vol. 78, n°9, pp. 219-225.
- HOFMAN, P., « Prévention de l'infection au VIH auprès des mineurs en milieu carcéral », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1998, vol.45, n°10, pp. 627-637.
- HOUCHON, G., JANSSENS, N., « Education et prison. Une utopie constructive », in LAMPAERT, F., MALICE, P. (coord.), *Prison et Société II*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1994, pp. 17-75.
- HOUCHON, G., « Pierres de touche pour une formation du personnel pénitentiaire (vers l'an 2000) », *J.P.*, 1994, n°261, pp.17-19.
- IDEWE, *De prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België*, Onderzoeksrapport, Brussel, 1994.
- INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Rapport sur les modalités de prescription, d'achat, de détection et de distribution des médicaments dans les établissements pénitentiaires*, rapport n°91 084, France, 1991.
- JAEGER, M., MONCEAU, M., *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1996.
- JÜRGENS, R., GILMORE, N., « Prisons, SIDA et divulgation de renseignements médicaux. Analyse juridique et éthique », *Criminologie*, 1994, vol. XXVII, n°2, pp.127-163.
- JÜRGENS, R., *HIV/AIDS in Prisons . Final report*, Ottawa, Canadian HIV/AIDS Legal Network/Canadian Aids Society, september 1996.

- KAMINSKI, D. : « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviante et Société*, 1990, vol. 14, n°2, pp. 179-196
- KAMINSKI, D., « L'examen de personnalité comme élément d'une proposition de libération conditionnelle: limites et possibilités », *R.D.P.C.*, 1998, n°1, pp. 69-83.
- KAMINSKI, D., MARY, Ph., « Politiques (criminelles) en matière de drogues: évolutions et tendance en Belgique », *Déviante et Société*, 1999, vol.23, n°2, pp. 205-220.
- KELLENS, G., « Devenir surveillant de prison. A propos d'un récent colloque européen », *J.P.*, 1994, n°261, pp.12-13.
- KERNDT, P., WEBER, M., FORD, W., PREVOTS, R., LEHMAN, S., « HIV incidence among injection drug users enrolled in a Los Angeles methadone program », *JAMA*, 1995, vol.276, n°23, pp.41.
- KIMMETT, E., O'DONNELL, I., *Mandatory drug testing in prisons. The relationship between MDT and the level and the nature of drug misuse*, London, Centre for criminological research, University of Oxford/ Research and Statistics Directorate, Home Office, 1998.
- LAHAYE-BEKAERT, N., « Le rôle des polices communales dans la prévention de la toxicomanie. Approche pragmatique et réflexions sur les modalités d'appréhension du phénomène », *R.D.P.C.*, 1998, n°9-10, pp. 857-893.
- LAMBERT, P., « Enfants maltraités et toxicomanes dans la polémique du secret professionnel », in *Secret professionnel. Quand le silence condamne ? Médecins et juristes, une collaboration impossible ? ou Toxicomanies et enfants maltraités dans la problématique des secrets professionnels*, *R.D.P.C.*, 1990, n°4, pp.311-315.
- LAPLANTE, J., *Psychothérapies et impératifs sociaux. Les enjeux de la connaissance de soi*, Montréal/Ottawa/Bruxelles, Les presses de l'Université de Montréal/Les presses de l'Université d'Ottawa, De Boeck Université, coll. « Perspectives criminologiques », 1995.
- LAUWERS, N. « La formation initiale du personnel de surveillance d'administration pénitentiaire belge », *J.P.*, 1994, n°261, pp.13-14.
- 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.
- LEBRUN, V., « Document de travail. Objet : Réflexions au départ du projet de circulaire relative à la politique pénitentiaire en matière de drogue », s.l.n.d.
- LEMIRE, G., *Anatomie de la prison*, Paris/Montréal, Economica/Les Presses de l'Université de Montréal, 1990.
- LHUILIER, D. , « Les surveillants de prison : identité professionnelle et crise de légitimité », in *Prisons en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 135-150.
- LHUILIER, D., SIMONPIETRI, A., VEIL, Cl., MORALES, L., *VIH-SIDA et santé : représentations et pratiques des personnes incarcérées*, Paris, Laboratoire de changement social, Université Paris 7, juin 1999.
- LOCKWOOD, D., *et al.*, "Developing comprehensive prison-based therapeutic community treatment for women", *Drugs and Society*, 1998, vol.13, n°1/2, pp. 193-212.
- MAC CABE, C.J., *et al.*, "Measuring the mental health status of a population : a comparison of the GHQ-12 and the SF-36/MHI-5", *Br. J. Psychiatry*, 1996, vol.169, n°4, pp. 516-521.
- MAC DONALD, M., *Mandatory drug testing in prisons*, Birmingham, Centre for research into quality and the Department of sociology, University of Central England, 1997.
- MAGURA, S., ROSENBLUM, A., LEWIS, C., JOSEPH, H., « The effectiveness of in-jail methadone maintenance », *Journal of drug issues*, 1993, vol.23, n°1, pp.75-99.
- MALLIORI M., SYPSA V., PSICHOGIOU M., TOULOUMI G., SKOUTELIS A., TASSAPOLOS N., HATZAKIS A., STEFANIS A. ; A survey of bloodborne viruses and associated risks behaviours in Greek prisons, *Addiction* (1998) 93 (2), p. 243-251.
- MARCHIETTI, A.-M., « Le travail en détention : un révélateur de la condition carcérale », in *Prisons en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 183-193.
- MARMOT, M., WILKINSON, R.G., *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, 1999.
- MARTIN, D., MEYVIS, W., *Rapport sur l'humanisation des conditions de détention et le traitement de la délinquance dans la collectivité*, Koning Boudewijn Stichting, 1991.
- MARTIN, V., *et al.*, "Case-finding of pulmonary tuberculosis on admission to a penitentiary centre", *Tubercule and Lung Disease*, 1994, n°74, pp.49-53.

- MARY, Ph., DURVIAUX, S., « L'éducation en prison : resocialisation ou occupation ? », *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1991, vol. XLIV, n°1, pp. 36-42.
- MARY, P., « Pratiques clandestines en milieu carcéral. Réflexions sur la reproduction et la production de la prison », *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1989, n°2, pp. 172-184.
- MARY, Ph., « De l'orientation de la politique pénitentiaire à la désorientation des réformes pénales », Communication présentée à la Journée d'étude *Politique pénale et pénitentiaire : idéologie et management*, organisée le 18 décembre 1997, par le G.R.A.P.P., l'U.L.B. et l'U.C.L., (niet gepubliceerd).
- MARY, Ph., « Prison et droits de l'homme : resocialisation des détenus ou resocialisation de la Justice pénale ? », *R.D.P.C.*, 1990, n°7, p. 736.
- MARY, Ph., PAPTAEODOROU, Th. (éd.), *La surpopulation pénitentiaire en Europe. De la détention avant jugement à la libération conditionnelle*, Actes du 1^{er} séminaire du Groupe européen de recherches sur la justice pénale tenu à Corfou du 8 au 12 septembre 1997, Brussel, Bruylant, 1999.
- MATHIEU, G., « Sida et droit pénal », *Rev.sc.crim.dr.pén.comp.*, 1996, n°1, pp.81-99.
- METZGER, D.S., WOODY, G.E., Mc LELLANA, Th., O'BRIEN, Ch.P., DRULEY, P., NAVALINE, H., DEPHILIPPIS, D., STOLLEY, P., ABRUTYN, E., « Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment : an 18 month prospective follow-up », *Journal of acquired immune deficiency syndrome*, 1993, vol. n°6, pp.1049-1056.
- MICHELAT, G., « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », *Rev. fr. sociol.*, 1975, vol. XVI, pp. 229-247.
- MODUS VIVENDI, Rapport d'activité 1995, Brussel, 1996
- 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.
- MUCHIELLI, A., *Les méthodes qualitatives*, 2^{ème} éd., Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », n°2591, 1994.
- MULLER, R., STARK, K., GUGGENMOSS-HOLZMANN, I. *et al.*, "Imprisonment : a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users", *AIDS*, 1995, vol.9, pp. 183-190.
- 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.
- NELLES, J., FURHER, A., *Drug and HIV Prevention at the Hindelbank Penitentiary*, Bern, Swiss Federal Office of Public Health, 1995.
- NEWMAN, R.G., BASHKOW, S., CATES, M., « Arrest histories before and after admission to a methadone maintenance program, *Contemporary drug problems Fall*, 1973, (Fall) pp.417-430.
- OBRECHT, O., « Une réforme au milieu du gué », *Rev.fr.aff.soc.*, 1997, vol. 51, n°1, pp. 117-129.
- OBRECHT, O., « Précarité et prison », in LEBAS, J., CHAUVIN, P., *Précarité et santé*, Parijs, Flammarion, 1998, pp. 189-201.
- O'MAHONEY, P., *Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile*, Department of Justice, 1997.
- ORMEL, J., et al., "Measuring change with the GHQ. The problem of retest effects", *Soc. Psychiatry Epidemiol.*, 1989, vol. 24, n°5, pp.227-232.
- OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ PROVENCE ALPES CÔTES D'AZUR, *Mise en place et évaluation d'une fiche épidémiologique sur la santé des détenus. Rapport final*, Marseille, 1994.
- PETERS, T., SNACKEN, S., KELLENS, G., DE CONINCK, G., DE JAEGHER, K., LAUWAERT, K., MAES, E., STASSART, E., TUBEX, H., VERHOEVEN, H., « Fondements d'une politique judiciaire cohérente axée sur la réparation et sur la victime », in VAN DONINCK, B., VAN DAELE, L., NAJI, A. (dir.), *Het recht op het rechte pad?*, Antwerpen – Apeldoorn/Louvain-la-Neuve, Maklu/Academia-Bruylant, 1999, pp. 117-165.
- PICARD, E., *Proposal for taking into account the medical, psychological and social aspect of parenthood among drug-using female prisoners*, Communication IHRA Paris, février 1997.
- PIETERS, Fr., « Les détenus et les personnes à leur charge ont-ils droit à la sécurité sociale en tant que membres de la société ? », *B.A.P.*, 1983, n°1, pp.5-39, *B.A.P.*, 1983, n°2, pp.149-175.
- PIETERS, F., « Het jaar van het virus : aids-virus dragers in de Belgische gevangenen », *Panopticon*, 1986, n°6, pp. 558-562.

- PIRES, A.P., « La réforme pénale et la réciprocité des droits », *Criminologie*, 1991, vol. XXIV, n°1, pp.77-104.
- POINT D'APPUI STATISTIQUE, SERVICE DE LA POLITIQUE CRIMINELLE, *Données statistiques en matière de condamnations, suspensions, internements, 1995*, Brussel, Ministerie van Justitie, september 1999.
- PORTUGAL 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 29 september 1999.
- POWER, K.G., MARKOVA, I., ROWLANDS, A., MAC KEE, K.J., ANSOLW, P.J., KILFEDDER, C., "Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons", *British Journal of Addiction*, 1992, n°87, pp. 35-45.
- Problèmes posés par la dangerosité des "drogues"*, Rapport du Professeur Roques au Secrétaire d'Etat à la Santé, Parijs, MILDT, mai 1998.
- RAAD VAN EUROPA, *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 au 23 novembre 1993*, CPT/Inf (94) 15, Strasbourg/Bruxelles, Conseil de l'Europe, 14 octobre 1994.
- RAAD VAN EUROPA, *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite en Belgique effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 31 août au 12 septembre 1997*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 3 avril 1998.
- « Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue », *Doc. Parl.*, Ch. repr., s.o., 1996-1997, 1062/3, 5 juni 1997.
- RENARD, F., TAFFOREAU, J., VANDERVEKEN, M., STROOBANTS, A., *Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté française de Belgique. Situation en 1994*, Brussel, IHE, 1996
- ROELANDT, M., « Justice et thérapie ou l'impossible alliance », *Les cahiers de Prospective jeunesse*, 1996, vol. I, n°1-2, pp. 13-17.
- ROTH, R., « Prison-modèle et prison symbole : l'exemple de Genève au XIX^e siècle », *Déviance et Société*, 1977, vol.1, p. 393.
- 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.
- ROTILY, M., DELORME, C., BEN-DIANE, M.-K., « L'usage des drogues en milieu carcéral : approche épidémiologique », *Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp.195-209
- SASSE A., VAN KERSSCHAEVER, G., STROOBANTS, A., *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 1998*, Rapport trimestriel, n°44, Brussel, Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur, 1999
- SCHMITZ, N., *et al.*, "Diagnosing mental disorders in primary care: the GHQ and the Symptom Check List as screening instruments", *Soc Psychiatry Epidemiol.*, 1999, vol. 34, n°7, pp. 360-366.
- SECRETARIAT GÉNÉRAL, SERVICE STATISTIQUE, *Les statistiques annuelles des Cours et Tribunaux. Données 1998*, Brussel, Ministerie van Justitie, 1999, n°1.
- SENN GROMELLE, A., DE AGAZIO, M.-Th., « Le traitement pénitentiaire : la question de la participation du surveillant à sa mise en œuvre », *Rev. intern. crim. pol. techn. et scientif.*, 1999
- SEYLER, M., « La consommation dans les établissements pénitentiaires. De la survie à la parole retrouvée », *Déviance et contrôle social*, 1985, n°4, pp. 20 et s.
- SEYLER, M., « Vivre avec son temps : les cantines des prisons », *Déviance et société*, 1988, n°2, pp. 127 et s.
- SHEWAN, D., GEMMEL, M., DAVIES, J.B., « Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons », *Soc. Sci. Med.*, 1994, vol.39, n°11, pp.1585-1586.
- SHEWAN, D., MACPHERSON, S., REID, M., DAVIES, J.B., *Evaluation of the Saughton drug reduction programme*, Main Report, Central Research Unit, Edinburgh, 1994.
- SOCIÉTÉ BELGE DE CRIMINOLOGIE, *Position en droit et droit de plainte du détenu*, Journée d'étude du 16 février 1996, Brussel, La Charte, Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, 1997.
- STARK, K., MULLER, R., "HIV prevalence and risk behaviour in injecting drugs users in Berlin", *Forensic Sci. Int.*, 1993, n° 62, pp. 73-81.

- TAYLOR, A., GOLDBERG, D., EMSLIE, J., WRENCH, J., GRUER, L., CAMERON, S. *et al.*, "Outbreak of HIV Infection in a Scottish prison", *BMJ*, 1995, vol. 310, n°6975, pp. 289-292.
- 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., DE MAERE, W., DRIESEN, G., KINABLE, H., "Risicogedrag bij Druggebruikers", *Congresboek Hepatitis C* 1997, pp. 296 - 307
- 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.
- TOMASEVSKI, K., *Prison health. International standards and national practices in Europe*, Helsinki, Helsinki institute for crime prevention and control, affiliated with the United Nations, publication series n°21, 1992.
- TOURNIER, P., *Statistiques pénales annuelles du conseil de l'Europe, Enquête 1997*, Strasbourg, Conseil de l'Europe (à paraître).
- TOUZE, S., BOUHNIC, P., « La prison : un espace-temps intégré au système de vie des usagers de drogues dures par voie intraveineuse, *Journée d'animation sida, système judiciaire et milieu carcéral*, Parijs, A.N.R.S., pp. 12-16.
- TURNBULL, P., STIMSON, G., STILLWELL, G., *Drug use in prison*, London, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.
- TURNBULL, P., DOLAN, K., STIMSON, G., *Prisons, HIV and AIDS: Risks and experiences in custodial care*, London, AVERT/The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Department of Psychiatry at Cahring Cross and Westminster Medical School, 1991.
- VAN DAMME P. and al.; *Prevalence of Hepatitis A, B, and C in the Flemish population*. *European Journal of Epidemiology* 13 :1-6, 1997.
- VAN DE KERCKHOVE, M., *Le droit sans peines. Aspects de la dépenalisation en Belgique et aux Etats-Unis*, Brussel, Facultés universitaires Saint-Louis, 1987.
- VANDENBROUCKE, M., JOOSEN, B., « De problematiek van de illegale druggebruikers in de belgische gevangenissen. Een stand van zaken op 1 december 1993 », *Panopticon*, 1994, pp. 359-383.
- VAN DOORNICK, M., "Prison staff and infectious diseases: factors likely to influence the behaviour of prison staff", communication au *Third European Seminar on HIV and Hepatitis in Prison*, Milan, 28-29 mai 1999.
- VANNESTE, Chr., « L'évolution de la population pénitentiaire belge de 1830 à nos jours : comment et pourquoi ? Des logiques socio-économiques à leur traduction pénale », *R.D.P.C.*, 1999, n°4, pp. 484-518.
- VAN MOL, Fr., *Restructuration des services médicaux des établissements pénitentiaires*, s.l., avril 1996.
- VANSWEELVELT, Th., *Le SIDA et le droit. Une étude de droit de la responsabilité et de droit des assurances*, trad. H. BOUQUET, P. DE CLERCK, Antwerpen/Bruxelles, MAKLU Uitgevers/Bruylant, 1990.
- VERNAY-VAISSE, C., ROTILY, M., ROUSSEAU, S., BOURLIERES, M., GALINIER-PUJOL, A., OBADIA, Y., « Epidémiologie des hépatites virales B et C au Centre pénitentiaire de Marseille : évaluation d'un programme de dépistage et de vaccination au centre pénitentiaire de Marseille », *Revue Epidémiologique Santé Publique*, 45 – Supplément 1, p.42-43
- VERWILGHEN, M., *Federaal Velligheids- en Detentieplan.*, januari 2000.
- WACQUANT, L., *Les prisons de la misère*, Parijs, Raisons d'agir, 1999.
- 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. 2nd 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.
- WELTMAN *et al.*, « Co-infection with hepatitis B and C, or B,C, and D viruses results in severe chronic liver disease and respond poorly to IFN treatment", *Journal of viral hepatitis*, 1995, n°2, pp. 39-45.
- WELZER-LANG, D., MATHIEU, L., « Des significations de la sexualité en milieu carcéral, in *Prisons en société, Cahier de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 211-228.

WHO, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *The solid facts: social determinants of health. HFA Policy on Europe*, Target 14, 1998.

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.

YIRREL, D.L., GOLDBERG, D., ROBERTSON, P., MCMENAMIN, J., CAMERON, S., LEIGH BROWN, A.J., Molecular investigation confirming an outbreak of HIV in a Scottish prison, Doc. MO.C. 1532, Vancouver, International Conference on AIDS, 1996.